Rok XLII. Kraków 2 Maja 1903. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni fizyologicznej szpitala wojskowego w Moskwie.

O podstawowych własnościach soku trzustkowego.

Podał
Dr. L. Popielski,
docent fizyologii.

I.

Sposób zakładania przetoki trzustkowej, pomyślany i zalecony przez Heidenhaina, stanowi ważny krok w fizyologii tego narządu. Uczeń Heidenhaina, prof. J. Pawłow, udoskonalił sposób swojego mistrza, wycinając tę część błony śluzowej dwunastnicy, w obrębie której wpada *ductus Wirsungianus* i przyszywając ją do rany skórnej brzucha. W ten sposób osiągnięto możność długiego, trwającego całymi miesiącami obserwowania i badania soku trzustkowego. Wychodząc z pomysłu Heidenhaina, rzuconego w jednej z jego prac [1]), „że metodyczne badanie wpływu różnych pokarmów na procesy wydzielnicze może rzucić nowe światło na naukę o trawieniu", prof. J. Pawłow rozpoczął cały szereg prac, w których przy spółudziale swoich uczniów badał własności soków trawieńcowych pod wpływem rozmaitych rodzajów pokarmów. To, co było już zrobione pod tym względem dla żołądka, postanowił prof. J. Pawłow wykonać dla trzustki, polecając swoim uczniom: Wasiljewowi, Jabłońskiemu, Walterowi, Lintwarewowi badać własności soku trzustkowego przy rozmaitych rodzajach pokarmów. Okazało się, że sok trzustkowy nie jest jednakowy we wszystkich przypadkach; przeciwnie, w każdym oddzielnym przypadku, tak co do ilości jak i własności trawiących soku trzustkowego można się dopatrzeć odrębnych cech charakterystycznych. Opierając się na pracach wyżej przytoczonych uczniów, prof. J. Pawłow wygłosił słynną swoją teoryę, według której stwierdzona przez niego i jego uczniów różnorodność soków trzustkowych jest tylko poszczególnym wyrazem ogólnego prawa, polegającego na tem, że gruczoł trzustkowy [2]) w sposób celowy przystosowuje się do rodzaju pokarmów, t. j., że gruczoł wyrabia sok w takiej ilości i z takim fermentem, jaki właśnie jest potrzebny dla przetrawienia danego rodzaju pokarmu. Zamówienie (że się tak wyrazimy) na przygotowanie tego lub innego fermentu otrzymuje gruczoł za pośrednictwem składowych części pokarmów: tłuszczu, skrobi, białek, poruszających specyalne nerwowe mechanizmy, jakby klawisze, umieszczone w błonie śluzowej jelit cienkich. Każdy z obwodowych mechanizmów nerwowych przechodzi w stan czynny tylko pod wpływem jednego ściśle określonego bodźca: tłuszczu, skrobi, kwasu i t. d. Jeżeli pokarm składa się z tłuszczu, to w stan czynny wstępuje tylko odpowiedni rodzaj zakończeń nerwowych; w następstwie otrzymamy sok z własnością tylko fermentu tłuszczowego; jeżeli pokarm składa się ze skrobi, to otrzymujemy sok, zawierający ferment skrobiowy i t. d.; za każdym razem otrzymamy sok, odpowiedni do rodzaju pokarmu. Jeżeli pokarm będzie mięszany, to w takim razie wydzielać się będzie sok z własnością wszystkich 3 fermentów. Dla bodźców chemicznych również istnieje odpowiedni rodzaj zakończeń nerwowych, których podrażnienie wywołuje wydzielenie się soku o pewnych własnościach swoistych. Wyrażając się obrazowo, prof. Pawłow utrzymuje, że gruczoły posiadają swój specyalny rozum, zapomocą którego odgadują składowe części pokarmu, niejako jakby po przeprowadzeniu chemicznej jego analizy.

Wychodząc dalej z założenia, że niektóre tkanki naszego ustroju pod wpływem czynności lub nieczynności mogą w mniej lub więcej trwały sposób się przekształcać, zmieniać swój skład wewnętrzny, uczynił prof. Pawłow przypuszczenie że karmiąc psa jednostajnym pokarmem, można przekształcić, zmienić wewnętrzny skład [3]) trzustki w pewnym celowym kierunku tak, że gruczoł ten będzie wydzielać tylko ferment, niezbędny do trawienia pewnego pokarmu, a przestanie wytwarzać inne, niepotrzebne fermenty. Karmiąc psa naprzód mięsem, otrzymamy sok o własnościach fermentu białkowego; zaś ferment skrobiowy z soku zniknie. Przy karmieniu psa chlebem, otrzymamy sok z fermentem skrobiowym; białkowego zaś w takim soku nie znajdziemy wcale. Uniesiony swoją teoryą, niestrudzony ten badacz przystąpił do jej urzeczywistnienia i udowodnienia. Uczniowie jego Wasiljew, Jabłoński i w najnowszych czasach Lintwarew karmili psy jednostajnym pokarmem: (1) mięsem; 2) chlebem z mlekiem) i otrzymywali pozornie wyniki, przemawiające na korzyść teoryi Pawłowa. Sam pomysł wydawał się na tyle prawdziwym, że doświadczenia, które go nie potwierdzały, uważał za chybione; natomiast innych, które zgadzały się z głównem założeniem, nie poddawał ścisłej analizie i krytyce naukowej. W swojej znakomitej, barwnie napisanej książce: „O pracy głównych gruczołów trawieńcowych" przytacza dla przekonania czytelnika o prawdziwości swojej teoryi tylko te doświadczenia swoich uczniów, które potwierdzają jego teoryę, omijając inne wręcz przeci-

[1]) Ueber die Absonderung der Fundusdrüsen des Magens »Pflüger's Archiv« XIX, 1879.

[2]) Prof. J. Pawłow uważał swoją teoryę za udowodnioną tylko dla trzustki.

[3]) Z dokładnej pracy Dra Zenona Orłowskiego: »O wpływie arszeniku na rozrost i skład chemiczny *aspergilli nigri*«, wynikł bardzo ważny dla biologii wniosek: «grzybki (*asp. nig.*) zachowują wytrwale swój skład chemiczny pomimo najrozmaitszych zmian chemicznych środowiska«.

wne i obalające ją. Z ogromną siłą przekonania i wiary w prawdziwość swojej teoryi głosił ją prof. Pawłow w pracach własnych i swoich uczniów, na wykładach i publicznych odczytach. Teorya ta w istocie zyskała ogromne rozpowszechnienie. Zdawało się, że nauka doszła do szczytowego punktu, skoro dla tak złożonych zjawisk, jak funkcye fizyologiczne naszego ustroju, odnaleziono ogólne prawo, według którego odbywa się czynność każdego narządu. Sam prof. Pawłow aż nadto odczuwał, że teorya jego nie może być uważana za dostatecznie dowiedzioną, gdyż w jednym miejscu swojej książki wyraża się w ten sposób: „przekonanie o celowości w czynnościach gruczołów obecnie się może opierać na ogólnych poglądach, a tylko po części na poszczególnych, mniej lub więcej jasnych i niezaprzeczalnych jej objawach“. Oddając sprawiedliwość jego eksperymentatorskim zdolnościom, podziwu godnej technice [4]) operacyjnej, nie mogłem zgodzić się z poglądami prof. Pawłowa ze względu na niedokładność jego teoryi, na co już oddawna wskazywałem. Zapatrywania swoje w tym kierunku wypowiedziałem jeszcze w r. 1896 w rozprawie [5]) na stopień doktora medycyny, w której poddałem krytycznej analizie podstawy teoryi trawienia prof. Pawłowa i wypowiedziałem twierdzenie, że „nauka o specyficznych bodźcach błony śluzowej przewodu pokarmowego wymaga dalszych i poważnych poszukiwań“. Zatrudniony innemi pracami, nie miałem możności przez dłuższy czas powrócić do wypowiedzianej przezemnie myśli i dopiero z powodu sporu swojego z prof. A. Herzenem (z Lozanny) o wpływie śledziony na wyrabianie fermentu białkowego trzustki, przedsięwziąłem cały szereg doświadczeń, które doprowadziły mnie do wniosku, że różnorodność soków trzustkowych, spostrzeganą przez prof. Pawłowa i jego uczniów, należy tłómaczyć daleko prościej. A mianowicie, w pracy swojej: „Przyczyny różnorodności soków trzustkowych odnośnie do fermentu białkowego“ („Russkij Wracz“, Nr. 17, 1902) wykazałem, że różnorodność ta zależy od siły [6]) i ilości bodźców działających na zakończenia nerwowe, znajdujące się w błonie śluzowej jelit cienkich. Od ilości bodźców zależy ilość soku; siła zaś podniety bodźca określa koncentracyę fermentu. Im silniejszy jest bodziec, działający na zakończenie nerwowe, tem sok mniej zawiera w sobie fermentu czynnego („cynetycznego“) w formie trypsyny, a to dużo posiada fermentu „potencyalnego“ (według mojej terminologii) w formie protrypsyny. Przy słabym bodźcu otrzymujemy sok z dużą ilością trypsyny i małą ilością protypsyny. Zastanawiając się następnie nad pytaniem, w jakiem miejscu zachodzi przemiana protypsyny w trypsynę, wskazałem, że proces ten nie może zachodzić podczas przechodzenia przez przewód [7]), albowiem ekstrakty trzustki, zawierające także i przewody, posiadają trawiące własności w bardzo słabym stopniu. Wreszcie uwagę moją zajęło przypuszczenie, czy na własność soku trzustkowego nie wpływa sok kiszkowy, wydzielony przez ten niewielki skrawek błony śluzowej dwunastnicy, który przyszywamy do rany skórnej brzucha, a z którym przy wydzielaniu styka się sok trzustkowy. Dla zmniejszenia tego wpływu wycinałem o ile możności niewielki kawałeczek błony śluzowej dwunastnicy, modyfikując [8]) odpowiednio sposób zakładania przetoki trzustkowej Heidenhaina-Pawłowa. Aby uniknąć zetknięcia wydzielającego się soku trzustkowego z wspomnianym skrawkiem błony śluzowej, wkładałem do przetoki kaniulę, przez którą sok zbierałem. Ponieważ w pierwszych swoich doświadczeniach [9]) używałem do mierzenia siły trawiennej soku fibryny, która według doświadczeń Delezennea [10]) zawiera ciało, zamieniające protrypsynę w trypsynę, dlatego nie stwierdziłem żadnej różnicy pomiędzy sokiem, zbieranym zapomocą kaniuli i bezpośrednio do podstawionej pod przetokę szklaneczki bez kaniuli. Wobec tego wypowiedziałem zdanie, że przemiana protrypsyny w trypsynę zachodzi w samych komórkach gruczołu trzustkowego, w chwili wydzielania się soku. Kwestya jednak była bardzo ważną i ciekawą, dlatego postanowiłem powtórzyć swoje doświadczenie, używając białka kurzego, gotowanego w przeciągu 15′—20′, albo też białka surowiczego, używanego na środowisko dla bakteryi. Sprawa nabierała wagi i dla tego jeszcze, że Delezenne i Frouin [11]) już po ogłoszeniu moich poprzednich doświadczeń przyszli do wniosku, że sok, zbierany zapomocą kateteryzacyi *ductus Wirsungianus*, nie posiada zupełnie zdolności trawienia białka.

II.

Obecne swoje doświadczenia wykonałem na psach, którym zakładałem przetokę trzustkową według metody Heidenhaina-Pawłowa z pewnemi modyfikacyami, wprowadzonemi przezemnie. Do doświadczeń przystępowałem wtenczas, kiedy rana skórna zupełnie się zagoiła.

Przedtem, zanim przystąpiłem do włożenia kaniuli do przetoki, dokładnie obmywałem gorącą wodą błonę śluzową wyciętego skrawka dwunastnicy. Aby mieć możność porównywania w pierwszej lub drugiej połowie każdego doświadczenia zbierałem sok trzustkowy bezpośrednio do szklaneczki, bez kaniuli. Kaniule i szklaneczki do zbierania soku wyjaławiałem. Zebrany sok nalewałem do probówek wyjałowionych, do których wrzucałem białko kurze w postaci płaskich kwadracików wagi około 0,2, a czyniłem to nie ręką, lecz końcem lancetu, rozpalonym do czerwoności. Dla uniknięcia gnicia dodawałem do każdej probówki po 2 krople toluolu.

Pozwolę sobie obecnie przytoczyć w krótkości niektóre z tych doświadczeń.

Doświadczenie I. Psu dano do spożycia 400,0 mleka. Sok zbierany był najpierw zapomocą kaniuli, włożonej do przetoki. Dla krótkości sok, otrzymany tą drogą, nazywać będę «sok z kaniuli». W drugiej połowie doświadczenia zbierałem sok bezpośrednio do podwiązanej pod przetoką szklaneczki. Dla skrócenia ten rodzaj soku nazywać będę

[4]) Którą miałem możność dokładnie poznać, jako pozostawiony przy Akademii lekarskiej dla dalszego kształcenia się w fizyologii.

[5]) O nerwach hamujących trzustki. Dysert. 1896 r. Ptrsbrg.

[6]) To samo zdanie wypowiedział niezależnie ode mnie kolega mój, doc. fizyologii w Akad. lek. Dr. P. Porysow (obecnie prof. farmakologii w Odessie) na jednem z posiedzeń Towarzystwa lekarzy rosyjskich w Petersburgu podczas rozpraw nad odczytem Dra Lintwarowa («Wraczebnaja gazeta», 1901, Nr. 43, str. 837).

[7]) W sumiennej pracy Dra S. Maziarskiego: »O budowie i podziale gruczołów» (Kraków, 1900) spotykamy pogląd, że w wązkich przewodach trzustki mogą się odbywać w wydzielinie także zmiany, które prowadzą do wytworzenia jej swoistych własności.

[8]) Modyfikacyę tę opisałem w pracy swojej: »Odruchowa czynność komórek nerwowych znajdujących się w trzustce». (»Ruskij Archiw patołogii i kliniczeskoj mediciny» 1901 r.).

[9]) »Przyczyny różnorodności soków trzustkowych». — (»Ruskij Wracz», Nr. 7, 1902).

[10]) Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris 1902.

[11]) Comptes rendus de la Soc. de Biol. 1902.

»sok bez kaniuli«. W soku »bez kaniuli« białko poczęło się zmniejszać, ostre jego krawędzie zaokrągliły się po 24 godzinach, a po upływie 40 godzin kawałeczek białka strawił się zupełnie. W soku »z kaniuli« dopiero po 72 godzinach można było zauważyć, że w niektórych cieńszych miejscach białko staje się nieco przeźroczystem; ostre zaś jego krawędzie zostały bez zmiany; sok zachował zupełną przeźroczystość. Po upływie 112 godzin białko stało się przeźroczystem; kształt jego z ostrymi krawędziami pozostał w całości; kawałeczek białka nieco napęczniał. Przy silnem zakłóceniu probówki kawałeczek ten rozpłynął się, pozostawiając cienką przeźroczystą błonkę.

Doświadczenie II. Pies odwracał się od jadła i przed doświadczeniem nic jeść nie chciał. Ostatni raz jadł w przeddzień doświadczenia o godz. 7 wieczorem, t. j. na 16 godzin przed doświadczeniem.

Sok najpierw zbierałem »bez kaniuli«.

W soku »bez kaniuli« białko było przetrawione po upływie 6 godzin. Sok »z kaniuli« po upływie 25 godzin, po silnem zakłóceniu probówki rozpadł się na mniejsze kawałeczki, które jeszcze po upływie 48 godzin zachowały swoje białawe wejrzenie; dalsza obserwacya została przerwana.

Doświadczenie III. Psu dano do spożycia 200,0 gotowanego mięsa. Sok zbierany był najpierw »bez kaniuli« i w soku tym białko kurze zostało przetrawione po upływie 14 godzin, a białko surowicze po upływie 15 godzin. W soku »z kaniuli«: 1) w porcyi, zebranej w pierwszych 5 minutach po wstawieniu kaniuli, białko pozostawało bez miany, nawet po upływie 90 godzin; 2) w porcyi zebranej w następnych 35 minutach kawałeczek białka zachował swój kształt z ostremi krawędziami po upływie 110 godzin; 3) w porcyi, zebranej po godzinie następnej, kształt białka pozostał bez zmiany po upływie 109 godzin. Białko surowicze pozostawało bez najmniejszych zmian w ciągu 30 godzin i rozpłynęło się nagle po zakłóceniu probówki po upływie 41 godzin.

Doświadczenie IV. Pies spożył 100,0 razowego chleba. Sok zbierałem najpierw bez kaniuli; w soku tym białko zupełnie rozpuściło się po 9 godzinach. W soku »z kaniuli« białko stało się nieco przeźroczystem, ale zachowało zupełnie swój kształt po upływie 48 godzin; dalsza obserwacya została przerwana.

Doświadczenie V. W celu przekonania się, czy przechowywanie soku trzustkowego w otwartem powietrzu nie wpływa na przemianę protrypsyny w trypsynę, zostawiłem zebrany przy pomocy kaniuli sok z doświadczenia II z domieszką toluolu w powietrzu w przeciągu 4 dni, a sok z doświadczenia IV bez toluolu w przeciągu 2 dni. Dla porównania wziąłem »sok bez kaniuli« z doświadczenia II i przechowywałem go w powietrzu z domieszką toluolu również w przeciągu 4 dni. W soku »bez kaniuli« kawałeczek białka przetrawił się zupełnie w przeciągu 5 godzin. W soku »z kaniuli«: 1) z doświadczenia II po upływie 26 godzin kawałeczek białka przy mocnem zakłóceniu probówki rozpadł się na 3 kawałeczki, które jednak były zupełnie niezmienione; po 7 dobach kształt kawałeczków pozostał bez zmiany, a białko zachowało swoje wejrzenie białawe; sok pozostał zupełnie przeźroczystym bez śladów zmącenia; 2) z doświadczenia IV, po upływie 30 godzin białko stało się przeźroczystem, przeświecającem; po upływie 40 godzin z kawałeczka białka nic nie pozostało.

Z doświadczenia V wynika, że przechowywanie soku trzustkowego w powietrzu bynajmniej nie wpływa na zwiększenie trawiących jego własności, jeżeli tylko zabezpieczy się go w należyty sposób od gnicia.

Przy zbieraniu soku bez kaniuli, bezpośrednio do przymocowanej pod przetokę szklaneczki, sok przychodzi w zetknięcie nietylko z małym skrawkiem błony śluzowej, ale z otaczającą ją skórą, która wskutek stykania się z wydzielającym się sokiem staje się mocno zaczerwienioną. Można więc było przypuścić, że sok zbierany bez kaniuli posiada dlatego wybitne zdolności trawiące, że stykanie się z zaczerwienioną skórą brzucha powoduje przemianę protrypsyny w trypsynę. Dla rozstrzygnięcia tego pytania w doświadczeniu IV. podwiązałem pod przetokę mały lejek odpowiedniej średnicy tak, że sok mógł stykać się tylko z błoną śluzową, otaczającą przetokę. Jak widać z doświadczenia IV. „sok bez kaniuli“ przetrawił białko w przeciągu 9 godzin, t. j. protrypsyna przemienia się w trypsynę pod wpływem stykania się z błoną śluzową, wyciętą przy zakładaniu przetoki.

Pozwolę sobie przytoczyć jedno spostrzeżenie, które dla praktyki lekarskiej nie może pozostać bez znaczenia, a które nowe rzuca światło na szkodliwy wpływ alkoholu na ustrój. Zanim zacząłem zbierać sok bez kaniuli, obmyłem błonę śluzową 90% alkoholem, którego niedostrzegalne ślady oczywiście musiały pozostać na miejscach opłókiwanych. Sok następnie zebrany bez użycia kaniuli zupełnie nie trawił białka.

Zatem widzimy, że ten rzekomo dobroczynny wpływ kieliszka wódki, wywołujący obfitą wydzielinę soku żołądkowego, a więc i trzustkowego, okazuje się dla trawienia tylko szkodliwym. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że przy nadużyciach wyskoku w soku żołądkowym i w innych sokach trawiennych można odnaleźć wyraźne ślady alkoholu po upływie 48 godzin (z doświadczeń na psach), to ztąd niewątpliwie wynika, że przy ciągłem używaniu wyskoku mocno zostaje zachwiane prawidłowe trawienie, a więc i odżywienie.

Sok trzustkowy, zebrany zapomocą kaniuli, odznacza się przeźroczystością i zupełną bezbarwnością; zapach i zmętnienie nie występują przy staniu w powietrzu nawet w przeciągu 4 dni. Zmiany białka, zachodzące w takim soku, zasługują na uwagę. Białko nie trawi się; obrysy jego zaznaczają się wyraźnie, bez najmniejszych śladów przytępienia ostrych krawędzi. Jedyna zmiana, jakiej z czasem białko ulega, polega na tem, że białko staje się przeźroczyste tak, że z trudnością można je dostrzedz; łatwo dają się dopatrzeć tylko ostre brzegi jego obrysów; wreszcie białko nieco pęcznieje. Oczywiście białko chłonie sok, który wpaja się pomiędzy jego cząsteczki, wskutek czego zwiększa się objętość białka; jednocześnie sok tworzy z białkiem połączenie chemiczne, albowiem przy zakłóceniu białko rozpuszcza się w soku, pozostawiając przeźroczystą, cienką błonkę, jakby powłokę białkową. Na czem polega ten proces, trudno jest dziś dokładnie oznaczyć; najprawdopodobniej z sokiem tworzy się rozpuszczalny związek białka. Niewątpliwie rozpuszczanie się białka w soku, zebranym „z kaniuli“, zależy od jego ciał białkowatych, albowiem 0,5% sody, jakoteż sok, po strąceniu białka przez gotowanie, nie wywołują opisanych zmian w białku nawet po upływie 10 dni.

Przytoczone doświadczenia prowadzą do następujących wniosków: 1) sok trzustkowy nie posiada zdolności trawienia białka przy wszelkich rodzajach pokarmów; zdolność ta znajduje się w nim w stanie potencyalnym, w postaci protrypsyny, która pod wpływem soku kiszkowego przechodzi w trypsynę; 2) spostrzegana różnorodność soków trzustkowych, zbieranych bezpośrednio z przetoki przewlekłej do szklaneczki, bez kaniuli (jak to robili prof. J. Pawłow i jego uczniowie), zależy od dłuższego lub krótszego stykania się soku trzustkowego z błoną śluzową dwunastnicy, przyszytą do rany skórnej. Długotrwałość stykania się zależy od szybkości wydzielania się soku; szybkość zaś — od siły podrażnienia zakończeń nerwów czuciowych, znajdujących się w błonie śluzowej jelit cienkich; 3) celowe przystosowanie gruczołu trzustkowego do rodzaju pokarmów nie istnieje, a wobec tego teorya trawienia prof. Pawłowa jest błędną.

Tutaj pozwolę sobie wskazać na to, że wynik obecnych

moich doświadczeń znajduje się w zupełnej zgodności z następującym wnioskiem, wypowiedzianym przezemnie na zasadzie krytycznego[12]) rozbioru prac Wasiljewa, Jabłońskiego, Waltera, Lintwarewa i innych, a mianowicie: „teorya trawienia prof. J. Pawłowa powinna być uznaną za błędną, ponieważ jedne z faktów, na których się opiera, nie mają naukowego znaczenia (doświadczenie Wasiljewa, Lintwarewa); inne zaś przeczą teoryi (doświadczenie Waltera i Jabłońskiego); 4) teoryę Sziffa-Herzena o wpływie śledziony na wyrabianie fermentu białkowego trzustki również należy uważać za błędną[13]); wynik[14]) ten znajduje się w zupełnej zgodności z wnioskiem wypowiedzianym przezemnie na zasadzie innych poszukiwań, ogłoszonych jeszcze w r. 1897: „Śledziona i fermenty trzustki“. (Wracz“, 1897 r.).

Przytoczone przezemnie doświadczenie o własnościach soku trzustkowego, potwierdzając słuszność wniosków Delezennea i Frouina, mają wielkie znaczenie nietylko teoretyczne, ale i doniosłe praktyczne. Dość wskazać na to, że w przypadkach ostrego zapalenia błony śluzowej jelit cienkich, w którem utrudnione jest wyrabianie enterokinazy (fermentu, zamieniającego protrypsynę w trypsynę), przyjmowanie pokarmów jest nietylko bezużyteczne, ale bezwarunkowo szkodliwe. Zupełne powstrzymywanie się od pokarmów jednocześnie z zastosowaniem łagodzących i kojących lekarstw — powinno być podstawą racyonalnego leczenia. Kiedy proces zapalny się zmniejszy i chory jest na drodze do wyzdrowienia, zalecenie odpowiedniej dyety nabiera ogromnego znaczenia. Wybierać należy pokarmy, które nie wywołują obfitego wydzielania[15]) się soku trzustkowego i mogą zawierać ciała, zamieniajace protrypsynę w trypsynę. Przypuścić należy, że ciała podobne zawierają się w pokarmach roślinnych, gdyż, jak wykazał Delezenne, z niektórych grzybów można otrzymać ciała podobne do enterokinazy. Wreszcie, według doświadczeń Pożerskiego[16]), niektóre albumozy, jak n. p. wchodzące w skład peptonu, powodują przejście fermentu skrobiowego trzustki ze stanu nieczynnego w stan czynny. Odpowiednio do tego teoretycznego wniosku już oddawna postępuje praktyka lekarska.

Praca moja jest właściwie dopełnieniem poszukiwań Delezennea, Frouina i Pożerskiego, którzy biorąc za punkt wyjścia niektóre fakty, wykryte przez prof. Pawłowa i jego uczniów, wzbogacili w wysokim stopniu fizyologię ważnymi i cennymi nabytkami wiedzy.

Na zakończenie pozwolę sobie wyrazić serdeczne podziękowanie mojemu pomocnikowi, Drowi A. Złobinowi, za pomoc w przeprowadzeniu moich doświadczeń.

[12]) »Celowość w czynności gruczołów trawieńcowych«. (Wracz«, 1901; »Russkij Wracz«, 1902, Nr. 35; »Deutsche medicinische Wochenschrift« Nr. 49, 1902).

[13]) Patrz także: »Śledziona i ferment białkowy trzustki». («Wracz« Nr. 5, 1901).

[14]) Stwierdzony także doświadczeniami Frouina. (Comptes rendus de la Societé de Biologie 1901—1902).

[15]) W pracy swojej: »Przyczyny różnorodności soków trzustkowych« wykazałem, że ilość wydzielającego się soku trzustkowego zależy od ilości bodźców, powstających w żołądku i przechodzących do kiszek. Ilość zaś bodźców, albo lepiej ciał drażniących, zależy od ilości soku żołądkowego, wydzielającego się podczas samego aktu jedzenia. Sok taki prof. Pawłow nazwał sokiem »psychicznym«. Nazwa ta jest stanowczo niedokładna i nieścisła, albowiem sok taki wydziela się i u chorych z porażeniem postępującem, przy zupełnym zaniku życia psychicznego, jak to wykazał Dr. Juszczenko w pracy: »Sok żołądkowy u psychicznie chorych«. (»Russkij Wracz«, 1902). Sok żołądkowy, wydzielający się podczas aktu jedzenia, należy uważać jako odruch, wywołany przez wrażenie, otrzymywane zapomocą narządów czucia. (Pogląd ten podzielają prof. Bechterew i prof. Wwiedeńskij). (»Sprawozdanie z posiedzenia Tow. psychjatrycznego w Petersburgu«). Najodpowiedniejszą nazwą dla takiego soku będzie nazwa: »Sok żołądkowy pierwotny« w przeciwieństwie do soku żołądkowego wtórnego, wydzielającego się, jako odruch z błony śluzowej żołądka i jelit cienkich.

Wrażenia dotykowe zdają się mieć największe znaczenie przy wydzielaniu się soku żołądkowego pierwotnego, jak to widać z następującego zestawienia faktów: 1) spożywanie pokarmów płynnych, np. mleka, nie wywołuje zupełnie wydzielania soku żołądkowego pierwotnego; obfite wydzielanie soku żołądkowego wywołuje spożywanie pokarmów mniejwięcej twardych, wywierających określone wrażenia dotykowe na błonę śluzową jamy ustnej, jak: mięso, chleb, jaja i t. d. 3) wrażenia smakowe nie odgrywają ważnej roli, albowiem spożywanie bulionu, zawierającego przeważnie ciała smakowe, nie wywołuje najmniejszej wydzieliny soku żołądkowego; następnie mięso dobrze wygotowane, pozbawione wszelkich smakowych przypraw, powoduje bardzo obfite wydzielanie soku żołądkowego pierwotnego. Znaczenie wrażeń dotykowych ze strony błony śluzowej jamy ustnej występuje jaskrawo u ptaków, które żywią się strawą twardą, głównie ziarnem; twarde ziarna naturalnie nie mogą działać na narząd smaku, gdyż ten podnieca się do czynności tylko ciałami płynnemi; również nie może być mowy o działaniu na narządy powonienia, gdyż ziarna nie mają żadnej woni. Wrażenia wzrokowe wogóle mają znaczenie, ale są niepewne, gdyż ptak zjadłszy jakiekolwiek ciało, wyrzuca je, jeżeli okaże się plewą, albo skorupką.

Wreszcie ptaki, pozbawione wzroku, nigdy się nie mylą przy wybieraniu ziarna. I rzeczywiście, w dzióbie ptaków spotykamy w dużej ilości specyalne narządy dotykowe. (Szymonowicz).

[16]) W pięknej pracy naszego rodaka Dra Pożerskiego: »De l'action favorisante du suc intestinal sur le pouvoir amylolytique«. Paris 1902, znajdujemy dużo bardzo ważnych faktów, dotyczących soku kiszkowego.

II. Z c. k. kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera.

O rozległej resekcyi klatki piersiowej z powodu złośliwych nowotworów.

Podał
Dr. Franciszek Slęk,
asystent kliniki.

Niewielka liczba prac, ogłoszonych w piśmiennictwie z zakresu złośliwych nowotworów klatki piersiowej, niemniej techniczne trudności w opanowaniu odmy piersiowej przy rozległej resekcyi opłucnej, zachęcają mnie do uczynienia na podstawie przypadków operowanych kilku uwag, a to w celu wyjaśnienia postępowania przy tak ciężkiej i życiu zagrażającej operacyi. Jak chirurgia jamy brzusznej jest bardzo dokładnie opracowana i nie ma prawie tomu, zeszytu pisma chirurgicznego, by nie było pracy, a nawet kilku prac, z zakresu chirurgii jamy brzusznej, tak z drugiej strony bardzo nieliczne są publikacye operacyj na tak ważnej części ciała, jak klatka piersiowa. Przyczyną tego jest stosunkowo nieliczna liczba przypadków, wymagających tego zabiegu, a może i obawa przed tak ciężkim zabiegiem z powodu powikłań ze strony płuc i serca po szerokiem otwarciu opłucnej, obok niepewnego wyniku ostatecznego co do nawrotu.

Korzystając z odstąpienia mi materyału klinicznego

przez mego szefa Radcę Dworu Prof. Rydygiera, pozwolę sobie podać historye chorych, operowanych w naszej klinice.

I. *Jakób R.*, lat 25 liczący, żonaty, z zawodu kelner, zgłosił się dnia 15 listopada 1897 r. do kliniki. Z wywiadów można było stwierdzić, iż pochodzi z rodziny zdrowej, ojciec i matka żyją; sam dotychczas żadnych chorób nie przechodził. Przed 14 miesiącami pojawiło się kłócie w boku prawym, do którego znaczenia większego nie przykładał. W kilka tygodni potem wystąpił guz po stronie prawej klatki piersiowej, w miejscu, gdzie wystąpiło kłócie. Guz ten powoli rósł, wywołując przytem bóle i kłócie, występujące napadowo.

Stan obecny: Chory wzrostu średniego, słabo zbudowany i odżywiony. W szczytach płuc zmian wykazać nie można; granice dolne i górne ruchome. Tony serca czyste. Na klatce piersiowej, po stronie prawej z tyłu, znajduje się guz jajowaty wielkości pięści dorosłego człowieka, pokryty skórą niezmienioną. Guz ten sięga od dolnego brzegu łopatki do górnego brzegu 10 żebra na palec od kręgosłupa, a w poprzek do linii pachowej tylnej; zbitość jego twarda, powierzchnia nierówna; guz składa się z dwóch połów, przedzielonych bruzdą; w całości nieruchomy, przechodzi na żebra bez ścisłej granicy, przy dotyku niebolesny. Wypuk nad guzem stłumiony. W jamie brzusznej zmian niema. Gruczoły pachowe, szyjne — nie macalne.

Rozpoznanie: *Sarcoma costarum myelogenes*. Operacya 16/XI 1897. *Resectio costarum, VI, VII, VIII, IX. Resectio pleurae. Exitus letalis* w 2 godziny po operacyi.

W uśpieniu morfinowo-chloroformowem poprowadzono cięcie podłużne tuż przy kręgosłupie i podokostnowo zresekowano 4 żebra. Po odpreparowaniu skóry wyłuszczono cały guz, wycinając żebra w linii pachowej środkowej. Guz był wielkości 2 pięści, drążył w głąb jamy opłucnowej, uciskając płuco prawe. Z powodu zrostów guza z opłucną ścienną, musiano otworzyć opłucnę na przestrzeni dłoni. Ranę skórną szczelnie zaszyto.

Podczas samej operacyi chory był nadzwyczaj blady; po otwarciu opłucnej mimo natychmiastowego tamponowania rany gazą tętno stało się nikłe tak, iż musiano z nadzwyczajnym pospiechem kończyć zaczętą operacyę. Wśród samej operacyi chory dostał podskórnie kilka strzykawek eteru i kamfory. Po operacyi stan się utrzymywał ten sam przez dwie godziny mimo wlewań płynu fizyologicznego, wstrzykiwań eteru, kamfory, lewatyw z koniakiem. W dwie godziny po operacyi chory zmarł śród objawów porażenia serca. Krwotoku znacznego podczas zabiegu nie było.

Sekcya wykazała, że przyczyną śmierci była fragmentacya mięśnia sercowego.

II. *Salcia St.*, licząca l. 16, stanu wolnego, zgłosiła się do kliniki dnia 8 listopada 1902 r. Pochodzi z rodziny zdrowej. W 13 roku przechodziła ospę. Miesiączki dotychczas nie ma. W 14 roku życia zauważyła na łuku żebrowym prawym nie daleko mostka guzek wielkości orzecha włoskiego, twardy, niebolesny. Guz ten nie sprawiał jej żadnych dolegliwości, powoli jednak powiększał się.

Status praesens.

Chora wzrostu średniego, o nikłej budowie. W płucach zmian niema. Tony serca czyste, przestwory żebrowe po stronie lewej, mianowicie 3, 4 i 5, zapadają się przy ruchach serca. Kręgosłup w części piersiowej wypukłony ku tyłowi i na lewo, boczno-tylne skrzywienie kręgosłupa na lewo, w części zaś lędźwiowej prawostronne III-go stopnia. Na klatce piersiowej, po stronie prawej z boku, znajduje się guz wielkości trzech pięści. Skóra nad nim nie zmieniona, ciepłota miejscowa nie podwyższona. Guz ten sięga w górze do górnego brzegu 5-tego żebra, w linii pachowej przedniej ku dołowi do żebra 9-tego i chrząstki 10-tego. Granicą ku przodowi jest linia przymostkowa prawa, ku tyłowi linia pachowa tylna.

Guz zbitości twardej, o powierzchni nierównej, przy dotyku bolesny, w całości nieruchomy.

Rozpoznanie: *Chondro-sarcoma costarum*.

Operacya w znieczuleniu morfinowo-chloroformowem dnia 17 listopada, 1902 r. *Resectio quatuor costarum, resectio pleurae et diaphragmae, pleuropneumonia — wyzdrowienie.*

W linii pachowej tylnej poprowadzono prostopadłe cięcie i przepiłowano żebra: 6, 7, 8 i 9. Następnie dwoma cięciami łukowatemi od obu końców cięcia poprzedniego, a schodzącymi się na przedniej stronie mostka, okrojono guz.

Żebra razem z guzem przy mostku wycięto. Przy oddzieleniu guza okazała się potrzeba otworzenia opłucnej, jakoteż przepony, a to z powodu silnych zrostów, jak również by módz guz usunąć w częściach zdrowych. Opłucnę otworzono na przestrzeni dłoni, przeponę wraz z otrzewną na przestrzeni korony. Przeponę przyszyto napowrót szwem katgutowym do ścian klatki piersiowej. Następnie zeszyto brzegi skóry, ściągnąwszy je kilkoma szwami jedwabnymi i katgutowymi. Krwawienie przy operacyi było znaczne. Z powodu złego oddechania chorej wśród operacyi musiano chloroform usunąć.

Wieczorem ciepłota 36·8 C.°, tętno 140 bardzo słabo napięte. Zapad znaczny. Oddechów 32 na minutę. Do wdychiwania zastosowano tlen (4 balony).

18/XI. Tlen do wdychiwania. Zapad znaczny. Tętno 140, ciepłota poranna 36·8, wieczorna 37·6, oddechów 36.

19/XI. Chora uskarża się na kłócie w boku prawym. Tętno słabe 150. Ciepłota wieczorna 38·8 C. Tlen.

20/XI. Ciepłota poranna 38·0, wieczorna 38·5 C. Tętno słabe, 120. Po lewatywie — stolec, oddechów 32. Tlen. *Pleuro-pneumonia dextra, pneumonia sin.* Okłady i leki wykrztuśne.

21/XI. Stan ten sam. Nakłócie wykłazało płyn surowiczy po stronie prawej. Stale tlen do wdychiwania, który sprawia chorej znakomitą ulgę.

22/XI. Stan ten sam. Zmiana opatrunku. Ranę skórną między szwem otwarto i wypuszczono z 500 grm. płynu surowiczego.

23/XI—27/XI. Stan ten sam stale się utrzymuje.

30/XI. Tuż pod sutkiem z otworu, który zrobiono między szwami, wylewa się spora ilość płynu surowiczego.

6/XII. Stan chorej poprawia się powoli. Rana zagojona przez rychłozrost. Przetoczka tylko się utrzymuje, przez którą wycieka płyn surowiczy. *Pneumothorax* stale się utrzymuje.

15/XII. Stan chorej dobry. Przetokę przyżega się kamieniem piekielnym co kilka dni. Płynu surowiczego niema. Otwór nieznaczny, przez który wciska się powietrze do jamy opłucnowej.

17/I. Wypisana z kliniki uleczona.

Oprócz tych dwóch opisanych przypadków profesor Rydygier operował jeszcze dwa w Krakowie. (Gabryszewski: „Przegląd lekarski“, Nr. 1, r. 1894).

III. W pierwszym z tych przypadków chodziło o nowotwór: *osteo-chondro-sarcoma thoracis* III, IV i V żebra, gdzie wycięto wymienione żebra na długości około 12 cmt. razem, wycinając zarazem na całej tej przestrzeni opłucnę ścienną. Po otworzeniu jamy opłucnowej wystąpiła gwałtowna duszność, upadek tętna i sinica. Stan chorego był chwilowo groźny, lecz po usunięciu chloroformu zaczął się poprawiać. Ranę w całości zaszyto. Przebieg pooperacyjny był bez żadnych zboczeń.

IV. Drugi przypadek dotyczył chorej, cierpiącej na *sarcoma thoracis*. Prof. Rydygier wyciął dwa żebra z częścią opłucnej, a prócz tego jeszcze kawałek ściany brzusznej i przepony. Obie otwarte jamy zamknięto przy operacyi, a płuco w kilka dni potem powróciło do prawidłowych rozmiarów. Chora ta również wyzdrowiała.

W powyżej opisanych przypadkach mieliśmy więc do czynienia z nowotworami złośliwymi klatki piersiowej po stronie prawej. Tak w jednym, jak i w drugim opłucna była otwarta na przestrzeni dłoni. Natychmiast po otwarciu

staraliśmy się powstały otwór mocno tamponować gazą suchą i to gazą wyjałowioną w warstwach bardzo grubych. Jednak mimo ostrożnego otwierania opłucnej natychmiast u obydwóch chorych wystąpił zapad, duszność, tętno bardzo słabe, sinica.

W I przypadku odma piersiowa *(pneumothorax)* przybrała groźne rozmiary; mimo wstrzykiwań eteru, kamfory, kofeiny, nie byliśmy w możności poprawić tętna tak, iż chory ten zmarł wśród objawów zapadu w 2 godziny po operacyi.

W II przypadku zapad wystąpił również natychmiast po otwarciu opłucnej. Chora również dostała natychmiast podskórnie eter z kamforą. Chloroform usunięto tak, iż operacyę kończono bez znieczulenia, dopiero gdy po kilku wstrzyknięciach stan się poprawiał, duszność ustąpiła, tętno się poprawiło, zaczęto nanowo bardzo ostrożnie znieczulać podczas szycia skóry, gdyż chora bardzo oddziaływała na ból. Odma piersiowa i w tym przypadku źle zadziałała na ogólny stan chorej, jednak zdołaliśmy ją utrzymać przy życiu. Stosowanie tlenu przez szereg dni u chorej z powikłanie tak niemiłem, jak zapalenie opłucnej i płuc, nawet po drugiej stronie, oddały nam znakomitą usługę. Jednak potem zamiast odmy piersiowej dostaliśmy wypocinę opłucnową surowiczą. Mimo tego po kilkunastu dniach stan chorej zaczął się powoli poprawiać tak, iż w 2 miesiące po operacyi opuściła klinikę. Również bardzo niemiłem powikłaniem, jakie zaszło podczas operacyi, było przymusowe otwarcie jamy otrzewnowej z powodu zrostu nowotworu z przeponą.

Ranę powstałą zaszyto, rana zagoiła się bardzo rychło, gdyż objawów podrażnienia otrzewnej wcale nie mieliśmy sposobności obserwować. W obu przypadkach wycięto 4 żebra, a otwór powstały był wielkości dłoni.

Rozpoznanie w obu przypadkach było jasne, jednak mimo starań nie mogliśmy ze ścisłą dokładnością przy badaniu oznaczyć, czy są zrosty z płucem, czy też ich niema.

Jeżeli się rozpatrzymy w piśmiennictwie, to przekonamy się, jak już wspomniałem, że liczba przypadków operowanych jest bardzo nieznaczną, szczególnie z otwarciem jamy opłucnowej, osierdziowej lub jamy brzusznej, gdyż liczba ta zaledwie dochodzi do 78. Amburger zdołał zebrać do roku 1901 przypadków 68, a do tej liczby muszę dodać przypadki: 2 Dollingera, 1 Delagenièrea, 3 Trzebickyego i 4 Rydygiera. Uwzględniając wszystkie przypadki wraz z naszymi (78), stwierdzamy, że śmierć nastąpiła natychmiast po operacyi 19 razy; z powodu nawrotu 20 razy, a 27 operowanych pozostało przy życiu.

U 19 operowanych chorych śmierć nastąpiła 6 razy z powodu zapalenia płuc lub opłucnej, 9 razy z powodu zapadu, w pozostałych zaś przypadkach nie można dokładnie określić przyczyny śmierci.

W przypadku Langenbecka śmierć miała nastąpić z powodu przewlekłego zatrucia karbolem przy przepłókiwaniu codziennem rany. W kilku tylko sprawozdaniach jest mowa o powikłaniach ze strony płuc i opłucnej, a chorzy po operacyi wrócili do zdrowia.

Najżywotniejszą sprawą, obchodząca chirurga, jest opanowanie zranienia i otwarcia opłucnej, wskutek którego powstaje odma piersiowa. W ostatnich czasach zajmowali się tą sprawą Gerulanos *(Eine Studie über den operativen Pneumothorax im Anschluss an einen Fall von Lungenresection wegen Brustwandsarcoma D. Z. f. Ch. B. 49. H. 4. 5.)* i Gross *(Erfahrungen über Pleura u. Lungenchirurgie. Bruns. Beitr. 24 Band. 1, 2 Heft).*

Wiemy dobrze, jakie zmiany powstają w ustroju po otwarciu choćby najmniejszem jamy opłucnowej i jak ustrój udzki na nie oddziaływa. Otwieramy przecież opłucnę bardzo często w sprawach chorobowych opłucnej, jak np. w otoku opłucnowym, a nie spostrzegamy takich zmian po otwarciu nawet szerokim. Mamy tu do czynienia z silnymi zrostami, z jamą otorbioną, wypełnioną ropą, a same płuco skurczone, uciśnięte przez ropę. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy płuco jest zupełnie wolne. Tutaj powietrze, dostawszy się do jamy opłucnowej z powodu ciśnienia ujemnego, panującego w klatce piersiowej, wpada szybko, wywołując natychmiastowe zapadnięcie się. Jakiż skutek pociąga za sobą ten stan rzeczy? powstaje duszność, sinica i zapad. Przez tę nagłą zmianę jest upośledzone w swej pracy nie tylko zapadnięte płuco, ale także i płuco po stronie zdrowej, nie otwartej, płuco, które ma nagle zastąpić swą czynnością płuco drugostronne. Przez przesunięcie i napięcie śródpiersia i panujący nierównomierny ucisk na obie strony, wielkie naczynia, jak również i serce doznają znacznego podrażnienia tak, że nawet w największej części przypadków serce oddziaływa na to wstrząsem, przestaje się kurczyć, może być zahamowane w swej czynności i może nie przetrzymać tego bodźca i sprowadzić śmierć operowanego (Weil, Sackur i inni). Gdy zaś powstaje nagle duży otwór w opłucnej, nagła zmiana ciśnienia powietrza, bądź na drodze odruchowej, bądź jako następstwo podrażnienia wprost nerwu błędnego, przez niewyrównane ciśnienie atmosferyczne z obu stron śródpiersia, powstaje natychmiast zahamowanie czynności serca i oddechania, jak to wykazały doświadczenia Gerulanosa, Maasa, Tietzego i Witzela.

We wszystkich prawie przypadkach operowanych spostrzegano przyśpieszenie tętna, a w 3 przypadkach zahamowanie czynności serca. Ciężki zapad spostrzegano w 6, jak również i w naszym, a tętno było zaledwo wyczuwalne.

Niebezpieczeństwo to zwiększa się tem więcej, gdy operuje się po stronie prawej klatki piersiowej, gdzie chirurg zmuszonym jest otworzyć szeroko opłucnę.

Doświadczenia, przeprowadzone przez Sackura, wykazały, iż otwarcie prawostronne opłucnej jest zabójczem dla królików. Krause swojemi doświadczeniami przeprowadzonemi na królikach wykazał, że płuco lewe jest o jedną trzecią mniejsze, niż prawe. Zawartość tlenu również została oznaczona drogą doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach, a mianowicie: krew aorty po otwarciu lewostronnem opłucnej zawiera 76% tlenu, przy otwarciu prawostronnem tylko 58%. Przeto nie jest obojętną rzeczą dla ustroju ubytek tlenu we krwi, tem więcej, że po otwarciu prawostronnem przedewszystkiem *vena cava* i prawy przedsionek serca o cienkich ścianach zostają przesunięte na lewo (Gerulanos), przez co wessanie krwi żylnej jest utrudnionem. Przeciwnie, gdy odma piersiowa dotyczy płuca lewego, narażona jest bardziej oporna lewa komora serca.

Do tego przyłącza się jeszcze oziębienie płuca, wyschnięcie jego na powierzchni (Maas, Weinlechner). Doświadczenia Grossa wykazały zastój krwi w płucu niezapadniętem, co pociąga stany zapalne w płucu lub opłucnej.

Do uniknięcia tych tak groźnych objawów polecano

przedtem, jak i w ostatnich czasach, różne środki ostrożności, z których jedne się utrzymały, inne zarzucono. Richeraud, który pierwszy wykonał tę operacyę z powodu raka w roku 1878, wyciął 2 żebra, 6 i 7, użył kompresów napojonych oliwą, na otwór wycięty w opłucnej. Chory jego po 27 dniach opuścił szpital, jako uleczony. Maas zalecał „spray“ z octanu glinowego, jednak nie znalazł naśladowców, tak samo jak Witzel, który zamieniał odmę piersiową na puchlinę piersiową (*hydrothorax*) płynami aspirowanymi. Słusznie Tietze zarzuca przepłókiwanie jamy opłucnowej płynami antyseptycznymi, drażniącymi opłucnę, a mogącymi nawet wywołać zatrucie, jak w przypadku Langenbecka kwasem karbolowym. Doyen, Tuffier, Bartlett, Quenu i inni polecali drogą intubacyi lub tracheotomii sztuczne oddechanie, do którego to O'Dwyer polecił osobny przyrząd.

Najlepszym sposobem zdaje się być tamponowanie gazą, zalecane z kilku stron, a stosowane i w naszym przypadku.

W ostatnich czasach Bayer, Gross, Krause polecają nanowo przyszycie płuca, co Hueter już dawno zalecał, a to w celu, by płuco mimo otwarcia swoją funkcyę spełniało; zabieg ten wykonał również Trzebicky z doskonałym skutkiem i oświadczył, że mu oddało znakomitą usługę przy wycięciu dwóch żeber z powodu mięsaka.

Do tych sposobów chirurgicznego leczenia groźnych objawów odmy piersiowej należy jeszcze dodać jeden, w ostatnich latach stosowany przez Delageniera i Dollingera. Mianowicie na podstawie doświadczeń Sackura Gerulanosa i Reinbacha, którzy dowiedli, że im większy otwór w opłucnej, tem szybciej wciska się powietrze do jamy opłucnowej i tem prędzej następuje zapadanie się płuca, zaproponowali na 24 godzin przed operacyą sztuczne wytworzenie odmy piersiowej, zakładając małą przetokę, któraby mogło się dostawiać do jamy opłucnowej powietrze bardzo powoli i w ten sposób przyzwyczaić ustrój do odmy piersiowej. W ten sposób Dollinger operował 2 chorych, którzy przyzwyczaiwszy się do zmiany ciśnienia atmosferycznego, znieśli znakomicie operacyę w znieczuleniu. Sposób ten Delageniere zastosował również z dobrym skutkiem przy operacyi, trwającej dwie godziny.

Pozostaje mi jeszcze powiedzieć parę słów, jak zachowuje się płuco po operacyi. Gabryszewski (Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrod. polsk. z r. 1895), na podstawie kilku doświadczeń na psach, doszedł do pewnych wniosków i wyjaśnień, a mianowicie: płuco w miejscu ubytku klatki piersiowej przylepia się wkrótce do skóry, która również jak i krawędzie ściany klatki piersiowej pokrywać się zaczyna nową ziarniną. Płuco tylko w miejscu bezpośrednio sąsiadującem ze zlepem ulega niedodmie (*atelectasis*) i częściowemu zbliznowaceniu; wogóle jednak po pierwszem zapadnięciu powoli się rozszerza i wypełnia powietrzem tak, iż mała tylko jest różnica w porównaniu z drugiem płucem. Zmniejszenie płuca jest tem większe, im większy ubytek w ścianie, a zatem większe wpuklenie skóry do jamy opłucnowej. O jakiejś rozległej niedodmie płuca mowy niema.

Nie mogę pominąć w przypadku drugim otwarcia jamy brzusznej od strony klatki piersiowej przez otwarcie przepony na przestrzeni korony, a to z powodu zrostu nowotworu.

Same operacye na przeponie należą do zabiegów bardzo rzadkich i w piśmiennictwie mało się spotyka przypadków opisanych.

Amburger zestawił operacye, wykonane na przeponie, a to z powodu: zranień przepony, bądź przez uraz, działający wprost lub pośrednio; przy ropniach podprzeponowych, bąblowcu wątroby i przy guzach klatki piersiowej, które tutaj nas najwięcej zajmują. Wykonano dotychczas przy nowotworach 7 operacyi na przeponie, a mianowicie Leisrink, Humbert, Hahn, Mikulicz, König, Leier, Marwedel i Rydygier 2, t. j. razem przypadków 9 wycięcia części przepony z powodu nowotworów klatki piersiowej.

W naszych przypadkach można było dokładnie widzieć wątrobę, jej ruchy przy oddechaniu; wypełniała ona ściśle otwór w przeponie.

Zeszyto przeponę (II, IV) kilkoma szwami katgutowymi (4), jednak otrzewnej samej nie zeszyto osobno. Szyto w przebiegu włókien mięśni, nie obawiając się, by kiedyś powstała przepuklina przeponowa, bo jak słusznie Frey podnosi, tak samo i w naszym przypadku wątroba chroni trzewa od dostania się ich do jamy opłucnowej. W przypadkach n. p. Mikulicza zeszyto przeponę z mięśniami jamy brzusznej; Hahn, Marwedel ze ścianą klatki piersiowej.

Powikłanie otwarcia jamy otrzewnowej staje się jeszcze groźniejszem, gdy nowotwór jest rozpadający się, przez co trudno uniknąć mimo zachowania wszelkiej ostrożności zakażenia jamy brzusznej i następowego zapalenia otrzewnej. Również, gdyby zakażenie nie nastąpiło wśród operacyi, to jak w kilku przypadkach (König, Heinecke, Israel, Czerny i inni) powikłanie zapaleniem opłucnej ropnem, spowodowało śmierć operowanego mimo tego, iż jama brzuszna nie była zakażoną; chorzy tego powikłania nie przetrzymali. W tych razach nie można nawet przypuścić, by drobnoustroje, zakażając ranę w przeponie zeszytej, nie wtargnęły do jamy brzusznej, która ropiejąc, otwiera się sama, torując drogę dla ropy wprost do jamy brzusznej, jako miejsca najniżej położonego. U naszej chorej mieliśmy zapalenie surowicze płuc i opłucnej, które wystąpiło na trzeci dzień po operacyi. Przy zmianie opatrunku wykonano nakłócie, które potwierdziło nasze rozpoznanie wypociny opłucnowej po stronie prawej. Małym otworem, zrobionym między szwami, wypuściliśmy płyn, który potem ustawicznie wypływał na zewnątrz i swą objętością w klatce piersiowej nie uciskał na zeszytą przeponę.

Co do samego cięcia, to tu nie można dać pewnych ścisłych wskazówek, gdyż to zależy od przypadku. Większe zachodzą trudności przy pokryciu rany po operacyi. W naszych obydwóch przypadkach mogliśmy brzegi zeszyć bez wielkiego napięcia skóry. Gdyby zaś brakowało jej na klatce piersiowej, to można pokryć brak przez przeszczepienie (Weinlechner, Gerulanos, Quenu, Lonquet, Brand), lub też starać się przez silny ucisk opatrunku o zamknięcie jamy opłucnowej.

Do następstw po rozległem wycięciu należą przepukliny płucne (Heinecke), najczęściej wytwarzające się w bliźnie. By się ustrzedz tego następstwa, należy polecić choremu po całkowitem zaciągnięciu się blizny noszenie dobrze przylegającej peloty (Czerny).

Ostateczne wyniki tego zabiegu są mało zachęcające, gdyż bardzo niewielka liczba chorych pozostaje wolną od nawrotu. O niewielu chorych można mieć wiadomość; do

przypadków, które najdłużej po operacyi zostały wolnymi od nawrotu nowotworu należy chory Peana (1 rok po operacyi), Mikulicz (1 rok 2 miesiące), Müllera (2 lata), Hartleya ($3^1/_2$ lata), Alsberga (5 lat), a chora Czernego (2 lata 2 miesiące) po operacyi zaszła w ciążę, porodziła i sama karmiła dziecko.

W przypadku Tietzego chora uległa w przeciągu 9 lat trzem nawrotom, zaszła w ciążę, z czego ten autor wnosi, iż ciąża z jednej strony usposabia do nawrotu, z drugiej zaś, że połóg i ciąża osłabiają złośliwość nowotworu. Że nawroty następują dość szybko, świadczy o tem przypadek Krönleina, który operował 2 razy z powodu nawrotu; Königa, który operował z tegoż powodu 3 razy. Ciekawy jest przypadek Czernego, w którym operował Marwedel w 1895 r. Chory ten, będąc operowanym przez Simona z powodu mięsakowłókniaka prawej okolicy łopatki w roku 1878, zmarł po kilku nawrotach w 18 lat po pierwszym zabiegu operacyjnym na przerzut w przedniej ścianie klatki piersiowej, gdzie wykonano mu wycięcie mostka, II i III żebra i opłucnej. Chory ten przetrzymał jeszcze rok po operacyi i zmarł wśród objawów nawrotu mięsaka. O chorych, operowanych w Krakowie przez prof. Rydygiera, nie mogłem się dowiedzieć dokładnie, jednak ci żyli dłuższy czas, o ile mi wiadomo; mimo wielkiego bezpośredniego niebezpieczeństwa samego zabiegu i mimo dość częstych nawrotów, dotychczas wyleczone przypadki zachęcają do dalszego starania się około wydoskonalenia sposobów operowania, a jeszcze bardziej do wcześniejszego rozpoznawania choroby i zalecania zabiegu operacyjnego.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. R. Dölger. **Die Mittelohreiterungen. Auf Grundlage der statistischen Berichte Bezold's (1869—1896 incl.) und einer eigenen Fortsetzung derselben bis zum Jahre 1901 incl.** *(Monachium 1903, Lehmann).*

W książce tej znajdzie czytelnik przeglądowe streszczenie i dalszy ciąg ogłoszonych dotychczas sprawozdań i prac Bezolda, o ile dotyczą chorób ucha środkowego i już z tego względu zasługuje ona na uwagę. Zasadom podziału tych chorób, przyjętym przez Bezolda, nie można wprawdzie odmówić pewnej logiczności, a nawet zalet w porównaniu do podziału, którego trzymają się inni autorowie; atoli wyznać należy, że podział ten nie grzeszy zbytnią jasnością i pożądanem uproszczeniem. Zasadnicze odróżnienie chorób trąbki od chorób ucha środkowego musimy uznać za słuszne. Odróżnienie zaś aż trzech postaci zamknięcia trąbki nie da się w praktyce zawsze ściśle przeprowadzić i zdaje się być zbytecznem i zbyt wikłającem sprawę. Nieżytu usznego autor w swoim podziale wcale nie uwzględnił, czego za wadę wcale uważać nie możemy; owszem, wszystko, co przyczynić się może do uproszczenia podziału, tak zawiłego w różnych podręcznikach, witamy z zadowoleniem, jako cenną zaletę i bardzo pożądany postęp. Nieżyt suchy autorów uważa D. jako „proste przewlekłe zapalenie ucha środkowego z objawami wklęsnięcia błony bębenkowej“, a t. zw. nieżytowi surowiczemu czyli wypocinowemu autorów odpowiada u niego „zamknięcie trąbki z nagromadzeniem surowicy“.

Zresztą praca ta poświęcona wyłącznie ropnemu zapaleniu ucha środkowego i jego następstwom. Na wstępie roztrząsa autor znaczenie chorób usznych dla słuchu, umysłu i dla życia; przytem wskazuje na ważne znaczenie chorób usznych u dzieci i na konieczność poddania dzieci szkolnych regularnym badaniom i stosownemu leczeniu. Następują wykazy statystyczne i rozdział o sposobie badania narządu usznego, w którym autor zapoznaje czytelnika z próbami słuchu, podanemi przez Bezolda. Nareszcie przedstawia autor różne postacie ropnego zapalenia ucha środkowego pod względem etyologicznym, patogenetycznym, objawowym i leczniczym, a to na podstawie statystyki i ze szczególnem uwzględnieniem postępowań i metod, stosowanych w klinice Bezolda. Wpływ pory roku na częstość ostrych spraw zapalnych w uchu potwierdza spostrzeżenie, że w miesiącach wiosennych choroby te występują najczęściej, co się zgadza ze statystyką innych autorów i z doświadczeniem, że także zaziębienia i zajęcia gardła i nosa również najczęściej spostrzegają się o tej porze. Występowanie chorób usznych podczas ciąży i porodu tłómaczy autor tem, że wysiłki przy wymiotach i bólach porodowych wpierają poniekąd cząstki wymiocin, względnie śluzu do jamy nosopołykowej, a ztąd przez trąbkę do ucha środkowego. Do zabiegów leczniczych w nosie, które dają najczęściej powód do zapalenia uszów, należy tylne tamponowanie i tuszowanie nosa. Żółciołojakowi, jak również zapaleniu ropnemu suchotników *(otit. media purul. phthisica)* poświęcił autor osobny rozdział, który należy do najlepszych tego dzieła. Ze spraw towarzyszących i następowych po ropnem zapaleniu ucha środkowego wymienia autor: 1) zmiany zapalne w przewodzie ucha zewnętrznego; 2) ziarniny i ukleje; 3) porażenie nerwu twarzowego; 4) zajęcia kości. W zmianach kostnych wymienia autor jako osobne postacie: *a)* sprawy niszczące *(Einschmelzungsprozesse)*; *b)* sprawy twardzielowe *(Sklerosierungsprozesse)*; *c)* sprawy zanikowe *(Usurierungsprozesse)*; *d)* próchnicze i zgorzelinowe. Sprawę śmiertelnych powikłań śródczaszkowych oparł autor na wykazach statystycznych, zaczerpniętych z kliniki i prywatnej praktyki Bezolda, z uwzględnieniem statystyki innych autorów. Zaznaczone przez Körnera większe niebezpieczeństwo choroby po stronie prawej znajduje uderzające potwierdzenie w statystyce autora, według której 62·6% powikłań śmiertelnych miało punkt wyjścia z ucha prawego, a 37·4% z lewego i wszystkie zapalenia zatok żylnych, z wyjątkiem jednego, wyszły ze strony prawej.

Rozdział o leczeniu różnych postaci ropnego zapalenia ucha środkowego ma również na względzie głównie sposoby, stosowane w klinice Bezolda. Jeżeli Bezold poleca bezwarunkowo kwas borowy, a usuwa bezwarunkowo leczenie suche, to z tem zgodzić się nie możemy. Według zdania naszego istnieją dla jednego i dla drugiego postępowania warunki korzystne i niekorzystne: należy właśnie nie postępować szablonowo, lecz tu, jak wogóle w medycynie, indywidualizować i uwzględnić, że poszczególne przypadki wymagają osobnego właściwego leczenia, na którego wyłuszczenie nie tu miejsce. Z tego samego powodu nie możemy się zgodzić z leczniczem postępowaniem szkoły Bezolda, które tak w ostrem, jak w przewlekłem ropieniu usznem polega na 1) przepłókiwaniach ucha; 2) zabiegu Politzera; 3) dokładnem wysuszeniu. 4) wdmuchiwaniu proszku borowego i 5) zatkaniu watą. Zwłaszcza o ile się tyczy używania w ostrem zapaleniu sposobów wymienionych pod 2) i 3), postępowanie to na pewno u większej części autorów napotka na opór.

Książkę zamykają uwagi o pozostałościach po ropnych zapaleniach ucha środkowego, t. j. o przedziurawieniu suchem i o bliznach.

Aczkolwiek całość pracy przedstawia nam rzecz niejako podmiotowo i pod pewnym względem jednostronnie, to jednak przyznać należy, że książka ta jest tak pod względem treści, jak i sposobu przedstawienia bardzo pouczająca i godna przestudyowania. *Spira.*

IV. Wyciągi.

II. Füth. **Cukrzyca a operacye ginekologiczne.** (*Deutsche med. Wochs.* 1903, Nr. 4 i 5) W r. 1894 ogłosił E. Becker ciekawą pracę o niebezpieczeństwie znieczulania chorych, dotkniętych cukrzycą; oprócz przypadków chirurgicznych podał także jeden ginekologiczny, gdzie chodziło o chorą, cierpiącą na raka macicy, zmarłą w 48 godzin po operacyi wśród objawów śpiączki cukrzyczej. Wytwarza się ta śpiączka zapewne na drodze chemicznej, gdyż i u zdrowych, operowanych w uśpieniu, występuje w przeważnej liczbie przypadków acetonurya i diaceturya. F. dodaje od siebie trzy klasyczne przypadki raka szyjki macicznej, powikłane cukrzycą. Operacya i przebieg pooperacyjny przez pierwszych kilka dni były bardzo pomyślne; w szóstym, siódmym, lub ósmym dniu wystąpiły objawy znużenia, braku łaknienia, śpiączki, wreszcie śmierć. Sekcya nie wykazała wybitniejszych zmian narządów wewnętrznych. Zejście śmiertelne przypisywano w tych przypadkach środkom, używanym do znieczulenia (chloroform, eter, lub mięszanina), to też tembardziej nie spodziewano się śmierci w przypadku raka macicy, operowanego w znieczuleniu lędźwiowem eukainą. Operacya prawie bezkrwawa trwała zaledwie 30 minut, a mimoto chora zmarła w krótkim czasie wśród objawów ciężkiej śpiączki cukrzycowej. Inni autorowie przytaczają również nierzadkie podobne przypadki z zakresu chirurgii i okulistyki.

Powinno się zatem u chorych, dotkniętych cukrzycą, ścieśnić jak najbardziej wskazania do operacyi; u bardzo podupadłych będzie przeciwwskazanem nawet przecięcie zwykłego ropnia. Dlatego trzeba naprzód takich chorych przygotować odpowiednią dyetą o tyle, żeby zniknął cukier z moczu, a u ciężko chorych zmalał wysoki odsetek do możliwie najniższego stopnia. Następnie operować tylko w koniecznej potrzebie, gdzie dłuższa zwłoka zagraża życiu, o ile możności bez znieczulenia, lub w znieczuleniu tropakokainą. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

Prof. O. Heubner. **Choroba Barlowa.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 13, 1903). Choroba Barlowa nawiedza głównie oseskó̀w, a wogóle dzieci małe; w piśmiennictwie znany jest jedyny przypadek, opisany przez Schödel-Nauwercka, który dotyczył dziecka, liczącego dwa lata i 11 miesięcy; choroba występuje przeważnie u dzieci zdrowych, które nagle zaczynają mizernieć, chudnąć i dostają przy ruchach i dotykaniu silnych bólów, szczególnie w kończynach dolnych; następnie występują obrzęki w okolicy stawów; cierpienie to przenosi się na kończyny górne, a stanowi temu towarzyszą krwawe podbiegnięcia na dziąsłach. Autor spostrzegał 65 przypadków choroby Barlowa, z tego $^3/_4$ przypadków przypada na ostatnie cztery miesiące pierwszego roku życia; zaś co do pory roku, to największej liczby dostarczyła późna wiosna i późna jesień. Wszystkie te przypadki dotyczyły dzieci, będących w korzystnych warunkach ogólno-społecznych, lecz karmionych sztucznie.

Badanie wykazało, że wessanie i zatrzymanie związków wapniowych zostaje upośledzone u oseskó̀w, zbyt długo karmionych gotowanem mlekiem, również że mleko, zawierające rozmaite fermenty, traci je przez długie gotowanie i ustrój oseska musi za stępczo wytwarzać te substancye z własnych komórek. Jeżeli ustrój dziecka nie jest w możności przez swoją czynność trawienną — w najdalszem zrozumieniu tej funkcyi — wyrównać te zmiany, jakie powstają w mleku, a nawet w innych rodzajach pożywienia, wtedy wytwarzają się ogólne zaburzenia ustrojowe, dające powód do powstania choroby Barlowa. Zmiany anatomiczne w chorobie Barlowa polegają na 1) swoistem zaburzeniu odżywienia, połączonem z wstrzymaniem wzrostu i budowy układu kostnego; 2) na skłonności do wybroczyn z naczyń, głównie w zakresie szpiku kostnego i okostnej, lecz mogące przechodzić i na inne narządy, jak skóra, błony śluzowe, nerki itd.

Te zmiany wykazują, iż choroba Barlowa niema nic wspólnego z krzywicą.

Leczenie choroby Barlowa polega li tylko na przepisach dyetetycznych. Zamiast stosowania mleka wyjałowionego, lub pasteuryzowanego podaje autor mleko nader krótko gotowane, t. j. aż do chwilowego wrzenia, a jeszcze lepiej mleko zupełnie surowe, lecz w takim razie mleko to ma pochodzić z mleczarni, dającej pewną rękojmię, że jest wolne od zarazków chorobotwórczych. Przepis dyetetyczny Heubnerowski jest następujący: podaje on w 5-ciu porcyach $^3/_4$ do 1-go litra mleka samego, lub gdy tego ustrój nie znosi, to mięsza go z 5% do 7% rozczynem cukru Soxhleta, lub proszkiem Soxhlet-Liebiga, lub wreszcie z „mellins food“ w stosunku do $^1/_3$ lub $^1/_2$ płynu. Mleko to, względnie rozczyn, ogrzewa do ciepłoty ciała ludzkiego, mięsza je razem. Jeżeli ten płyn odżywczy przygotowuje się naraz na cały dzień, to ma on cały dzień być trzymany na lodzie. Oprócz mleka dostaje dziecko 3 razy dziennie po 2 do 3 łyżeczek kawowych soku mięsnego (każdorazowo zużywa się 40 do 50 gramów mięsa wołowego), jakoteż po 2-giem, 4-tem i 5-tem jedzeniu w ciągu dnia każdorazowo łyżeczkę kawową świeżo wyciśniętego soku z jabłek, wiśni lub malin, zaś po 3-ciem jedzeniu kilka łyżeczek szpinaku, lub soku, wyciśniętego z ziemniaków, lub z marchwi. Jeżeliby zaś wystąpiło rozwolnienie, to należy podać dziecku przez parę dni mleko rozpuszczone z mączną zupą. Przy tem leczeniu następuje w krótkim czasie zupełna poprawa.

Dr. Bolesław Komorowski.

Reitzenstein. **Niedrożność jelit w następstwie zakrzepu żyły krezkowej.** (*Münchener med. Wochenschr.* 1903, Nr. 6). Deckart zebrał z piśmiennictwa 14 przypadków niedrożności jelit, wywołanej zakrzepami lub zatorami naczyń krezkowych; jednakże w żadnym, prócz zwykłej niedrożności jelit, nie rozpoznano zaczopowania naczynia; raz tylko podczas operacyi, a w reszcie przypadków — przy sekcyi. W przypadku autora na obraz kliniczny składały się następujące objawy: 1. powolne wystąpienie bólów i czyszczenia; 2. gwałtowne ustanie bólu; 3. brak miejscowego lub ogólnego wzdęcia kiszek; 4. wystąpienie oporu po prawej stronie dopiero trzeciego dnia; 5. znaczne czyszczenia krwią i wogóle oznaki wewnętrznego krwawienia. Przez wykluczenie doszedł autor do przekonania, że ma do czynienia z typowym obrazem porażnej niedrożności jelit, powikłanym objawami krwotoku wewnętrznego, jaki się wydarza tylko przy zakrzepie żyły bramnej lub zatorze tętnicy krezkowej górnej. Znaczne żylaki na kończynach dolnych, przebyte poprzednio krwawienie pęcherzowe, nadto bóle po lewej stronie brzucha utwierdzały jeszcze rozpoznanie zakrzepu żyły krezkowej, tembardziej, że ze strony żołądka i dwunastnicy żadnych objawów nie było, co wykluczało i zakrzep żyły bramnej. Chory umarł, a przy sekcyi znaleziono w żyle krezkowej zakrzep, zamykający zupełnie światło żyły, wskutek czego odpływ krwi żylnej z jelit był uniemożliwiony, a w następstwie zastój żylny z pękaniem naczyń włosowatych żylnych i krwawienia. Ściany jelitowe były obrzękłe, krwawo nastrzykane, powstała niedrożność dynamiczna, krwawo-kałowe wymioty i krwawe stolce. Żołądek był niezmieniony, gdyż zakrzep sięgał tylko do dopływu żyły żołądkowej. *B. Żmigród.*

Lavandal. **O chirurgicznem leczeniu guzów krwawnicowych.** (*Wiener med. Presse* 1903, Nr. 8). Używane dotychczas operacyjne sposoby usuwania guzów krwawnicowych mają tę ujemną stronę, że muszą być robione w uśpieniu, powodują następowe bóle i wymagają kilkudniowego leżenia w łóżku, przez co chory staje się na czas jakiś niezdolnym do pracy. Prócz tego nie są one zupełnie pozbawione przykrych następstw, a nawet niebezpieczeństw. Autor postępuje więcej zachowawczo, nie niszczy guzka krwawnicowego odrazu, lecz stara się wywołać jego skurczenie zapomocą pędzlowania, wskutek czego powstaje zapalenie guzka i skrzepnięcie krwi, a następnie i skurczenie. Po ciepłej kąpieli układa się chorego na bok i każe guzy krwawnicowe wewnętrzne wyprzeć; wyparty guz, najwyżej znajdujący się w odbytnicy, przesuwa się przez pierścień walcowaty z twardego kauczuku, podobny do obrączki używanej do serwet i to tak, że guz jest zupełnie poza pierścieniem i nie może się cofnąć. Do pędzlowania guza używa się brunatnego dymiącego kwasu azotowego, którym pomazuje się tak długo, aż guz przybiera barwę szarołupkową; walec przeszkadza nietylko cofaniu się guza, lecz także spływaniu kwasu poza granice oznaczone. Potem osusza się guz watą, smaruje wazeliną lub oliwą, usuwa walec i odprowadza guz; w tensam sposób na jednem posiedzeniu postępuje się z trzema lub czterema guzami. Po 10 lub 20 minutach chory wraca do domu. Co najmniej przez 36 godzin potrzeba zapobiedz wypróżnieniu; przy pierwszem oddawaniu stolca wypadają już guzy mniejsze, a chory, po oczyszczeniu, odprowadza je i bierze ciepłą lewatywę. Guzy coraz bardziej się zmniejszają, aż w końcu zupełnie się kurczą. Zewnętrznych guzów lub takich, które leżą na przejściu skóry w błonę śluzową, nie powinno się pędzlować kwasem, gdyż powstają bardzo znaczne bóle. Autor zauważył, że chociaż guzów zewnętrznych nie dotyka, to przy pędzlowaniu wewnętrznych obrzękają i zewnętrzne, a potem się zmniejszają wraz z wewnętrznymi. Jeśli krwotok z guzów jest silny, to nie powinno się ich pędzlować kwasem; wtedy należy chwycić się przypalania. Dobre strony tego sposobu leczenia, który autor praktykuje już od lat 10, są te, że nie trzeba usypiania, ani asysty, niema żadnego niebezpieczeństwa i może tę metodę stosować każdy lekarz. *B. Żmigród.*

Blumreich. **O wzajemnym stosunku wypociny przymacicznej z ciążą, porodem i połogiem.** (*Archiv f. Gyn.*, tom 68, zeszyt 1, 1903). Świeże zapalenia przymaciczne są rzadkiem powikłaniem ciąży; odpadają bowiem najważniejsze i najczęstsze czynniki wywołujące, jak: zakażenie połogowe i wszelkie większe, a nawet i mniejsze zabiegi ginekologiczne, których się podczas ciąży —

o ile możności nie wykonuje. Natomiast zdaje się, że zapalenie wyrostka robaczkowego odgrywa wcale nie małą rolę w powstaniu świeżego zapalenia przymacicznego w ciąży; przyczyną w jednym przypadku był zamiar wywołania poronienia zbrodniczego, przyczem wprowadzono przedmiot do tylnego sklepienia, zamiast do macicy. Badając wpływ ciąży na wypocinę nie ropną, zauważył autor, podobnie jak inni, że w pierwszych 4-ch miesiącach jest on dodatni, potem zaś ujemny. W pierwszych bowiem miesiącach ciąży łatwo przychodzi do wessania wytworów zapalnych z powodu zwiększonego dopływu krwi tętniczej, przyśpieszonego prądu krwi żylnej i znacznego rozwoju narządu chłonnego. W późniejszych zaś miesiącach ciąży występuje wskutek ucisku macicy ciężarnej na pnie żylne — zastój żylny w całej miednicy, który dla sprawy wessania jest wprost szkodliwy, gdyż usposabia nawet w wysokim stopniu do ropienia. Na wypocinę ropną zdaje się ciąża nie mieć żadnego wpływu; jeżeli zaś wpływ istnieje, to raczej ujemny w tem znaczeniu, że przez przemieszczenie narządów brzusznych wskutek rosnącej macicy, mogą się otworzyć dla ropy świeżo drogi do dalszego wędrowania. Przy porodzie możemy mieć do czynienia albo z wypociną ropną, najczęściej w postaci otorbionego ropnia, albo z pozostałością po przebytem zapaleniu w postaci blizn i zrostów. Na ropnie, pozostające z macicą w mniej lub więcej ścisłym związku, wpływa akt porodu bardzo niekorzystnie. Skurcze i rozkurcze macicy, zstępowanie płodu, możebne zabiegi w celu ukończenia porodu, mogą wywołać pęknięcie ropnia, przebicie do narządów sąsiednich lub wreszcie wtargnięcie ropy do tkanki obok leżącej. Może się także zdarzyć, że tkanka, oddzielająca ropień od otrzewnej, gdzieś zostanie naddartą albo nawet pęknie i otworzy ropie wolną drogę do jamy brzusznej. Na wypociny stare w postaci blizn, zrostów wpływa poród dodatnio; rozciągając je bowiem i rozpulchniając, przygotowuje korzystne warunki dla sprawy wessania w połogu. Wypocina ropna, utrzymująca się w połogu, może się stać przyczyną ogólnego zatrucia lub zakażenia ustroju, o ile wskutek szybkiego krążenia krwi i chłoni w połogu łatwo przychodzi do wessania jadów, a nawet żywotnych drobnoustrojów. Badając na odwrót wpływ wypocin zapalnych przymacicznych na przebieg ciąży, porodu i połogu, zauważył autor, że istotnie ciąża zostaje niejednokrotnie przerwaną, jeżeli wypocina sięga dosyć wysoko, a tem samem przeszkadza macicy odpowiednio się rozwinąć. Przy wypocinie ropnej, połączonej z wysoką ciepłotą, może jeszcze odgrywa pewną rolę wpływ stanu ogólnego. Także i przy porodzie mogą wystąpić powikłania, zmuszające nas do operacyjnego ukończenia porodu. Zależą one od umiejscowienia i wielkości wypociny, a dalej od czasu, w którym poród nastąpił. Im bliżej prawidłowego końca ciąży, tem większe mogą być przeszkody porodowe, a nawet może wystąpić niemożność ukończenia porodu drogami naturalnemi. Wpływ wypociny przymacicznej na połóg zależy od tego, czy ona jest zropiała, czy nie. Wypocina nieropna zmniejsza się wprawdzie w połogu, a nawet może zniknąć wskutek szybkiego i łatwego wessania; macica jednak źle się zwija i przez długi czas po porodzie kobieta narażoną jest na następstwa tej *subinvolutio uteri* (krwotoki). Ropne wypociny otorbione mogą w połogu z powodu szybkiego wessania samych drobnoustrojów i wytworów ich przemiany materyi wywołać zaburzenia stanu ogólnego. Przy wypocinach ropnych, pękniętych lub sztucznie otwartych do pochwy, zachodzi znowu niebezpieczeństwo przeszczepienia ropy na świeże rany, wywołane porodem, a więc niebezpieczeństwo zakażenia ustroju. Leczenie wypocin nieropnych świeżych, czy starych, powinno być o ile możności wyczekujące; tylko w razie gdyby badanie wykazało bardzo duży guz wypocinowy tak, że poród drogami naturalnemi już z góry można uważać za wykluczony, należy albo czekać — jeżeli się chora na to zgodzi — i w odpowiedniej chwili wykonać cięcie cesarskie, albo też ciążę przerwać. Wypocinę ropną należy jak najwcześniej naciąć — o ile możności od pochwy — nigdy zaś nie wolno z tego powodu ciąży przerywać. Takież jest leczenie ropnia przymacicznego przy porodzie. W połogu lepiej jest czekać aż się drogi porodowe zagoją i macica się zwinie, chyba, że stan ogólny chorej (tętno, ciepłota) zmuszą nas do natychmiastowego działania. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Ronald Ross. **Ulepszony sposób drobnowidowego rozpoznania zimnicy.** (*The Lancet*, 10 stycznia, 1903 r.). Zwykłe sposoby badania krwi w cienkiej warstwie przy poszukiwaniach plazmodyj zimniczych mają tę niedogodność, że w razie niewielkiej liczby pasorzytów badanie staje się bardzo długiem i nieraz trzeba przygotować kilka preparatów, nim się dojdzie do pomyślnego wyniku. Z drugiej strony przy większej grubości preparatu przeszkadza badaniu nieprzeźroczystość hemoglobiny krwi. Przekonawszy się, że pasorzyty zimnicze, nawet najmniejsze, przytykają się do ścian krwinek czerwonych, wpadł Ross na myśl przygotowywania grubych preparatów krwi z usunięciem hemoglobiny. Sposób, zalecony przez autora, polega na następujących zabiegach: robimy nakłócie palca igłą, lub końcem lanceta. Dużą kroplę krwi, zawierającą, dajmy na to, 20 mlm.³, bierzemy na szkiełko przedmiotowe lub pokrywkowe i lekko je rozsmarowujemy igłą lub nożem tak, żeby kropla rozeszła się na przestrzeni, którą można przykryć zwykłem szkiełkiem pokrywkowem. Następnie pozostawiamy preparat do wyschnięcia wprost w powietrzu, lub nad ogniem (nie rozgrzewając jednak aż do tego stopnia, żeby hemoglobina utrwaliła się). Otrzymujemy wtedy grubą wysuszoną warstwę krwi, w której około 20 mlm.³ (zamiast zwykle branego (1 mlm.³) znajduje się na przestrzeni nie większej od tej, którą zwykle mamy przy badaniu krwi. Gdy krew zupełnie wyschnie, puszczamy na nią przy pomocy pręcika szklannego niewielką ilość roczczynu eozyny tak, żeby pokryć całą warstwę krwi. Barwiki używają się takie, jak zawsze przy barwieniu według Romanowskiego. Eozynę pozostawiamy na szkiełku w ciągu mniejwięcej kwadransa (długość barwienia jest w odwrotnym stosunku do mocy roczczynu). Ponieważ warstwa krwi nie utrwalona na szkiełku, więc eozynowy roczczyn wyciągnie hemoglobinę z wysuszonych ciałek krwi i jednocześnie zabarwi resztę, składającą się z podścieliska (stroma) ciałek, leukocytów, płytek krwi, oraz pasorzytów. Po upływie czasu, potrzebnego do zabarwienia, zmywamy eozynę bardzo delikatnym strumieniem wody. Wobec nieutrwalenia krwi jest to sprawą pierwszorzędną miarkować siłę strumienia wody, żeby nie zmyć całego preparatu. Po usunięciu eozyny, puszczamy na preparat słaby roczczyn błękitu metylenowego, według Romanowskiego. Błękit pozostawiamy zaledwie kilka sekund, gdyż przebarwienie preparatu ogromnie zaciemnia obraz. Barwik zmywa się, jak wyżej, bardzo ostrożnie, poczem preparat staje się gotowy. Można go następnie wysuszyć i położyć do balsamu kanadyjskiego: można też badać wprost w kropli olejku cedrowego, lub w wodzie. Preparat różnić się będzie od przygotowywanych zwykłą drogą pod dwojakim względem: po pierwsze nie będzie on zawierał hemoglobiny i składać się będzie tylko z przeźroczystego podścieliska krwinek, leukocytów, płytek i pasorzytów; powtóre — dwadzieścia razy większa ilość krwi będzie rozpostarta na przestrzeni, zajmowanej przez szkiełko pokrywkowe; inaczej mówiąc, w każdem polu widzenia ujrzymy 20 razy więcej pasorzytów, niż na zwykłym preparacie. Jeżeli zabarwienie według Romanowskiego uda się, to widzieć będziemy nawet najdrobniejsze pasorzyty w postaci małych niebieskich kółek z szkarłatną plamką wewnątrz kółka, lub na niem; plamka ta jest to oczywiście jądro. W nieprzebarwionym preparacie widzialny jest i barwik pigmentowanych plazmodyj. Dla ilustracyi opisanego sposobu przytacza Ross następujące przykłady: u tego samego chorego w tymże czasie przygotowano preparaty krwi zwykłą drogą, oraz w grubej warstwie: gdy w pierwszych po 5-ciu minutach znaleziono 15 pasorzytów, w drugim, w ciągu jednej minuty, naliczono 76 plazmodyj (w jednem polu widzenia było ich około 70). W innym przypadku Ross na kilku zwyczajnych preparatach znalazł po długich poszukiwaniach tylko jeden półksiężyc, a w dehemiglobinowanym po 5-ciu minutach naliczył 5 pasorzytów. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Finkelstejn. **Nadmanganian potasowy, jako odtrutka swoista w ostrych otruciach morfiną i przetworami makowca.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1). F. opisuje przypadek otrucia morfiną, w którym otrzymał świetny wynik po zastosowaniu sposobu Moora. Autor został zawezwany do młodej osoby, która przed 2 godzinami przełknęła prawie 1,0 chlorku morfiny. Chora znajdowała się w stanie nieprzytomnym, oddech był zwolniony (8 na 1') o typie Cheyne-Stokesa, tętno 38 na 1', małe, nieprawidłowe; źrenice, w wysokim stopniu zwężone, nie oddziaływały na światło. F. wstrzyknął pod skórę 1,0 4% roczczynu nadmanganianu potasowego: już po 10' nastąpiło wyraźne polepszenie: oddech stał się prawidłowszy, tętno częstsze i prawidłowsze; po 30-wstrzykiwanie powtórzono. Stan chorej zaczął szybko polepszać się po upływie 3 godzin można było chorą uważać za uratowaną. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

H. Quincke. **Białaczka i gruźlica prosówkowa.** (*Deutsches Archiv f. klinische Medicin* Tom 74, Zeszyt 5, 1902). Trzy przypadki gruźlicy prosówkowej, wikłającej białaczkę, szczegółowo badane przez Quinckego, uprawniają go do twierdzenia, że pomiędzy temi chorobami istnieje pewna zależność. Mianowicie, jeżeli w przebiegu białaczki rozwinie się gruźlica prosówkowa, to obrzęk śledziony i liczba ciałek białych znakomicie się zmniejszają. Ponieważ i inne choroby zakaźne (grypa) wywierają podobny wpływ na białaczkę, rodzi się zatem przypuszczenie, że albo drobnoustroje same przez się, lub przez swe wytwory życia wywierają wpływ niszczący na białe ciałka we krwi i w śledzionie. Dotychczas główną uwagę badaczy pochłaniała wprost przeciwna własność drobnoustrojów — hiperleukocytoza i obrzęk śledziony w przebiegu wielu ostrych

chorób zakaźnych. W końcu swej pracy Quincke rzuca myśl, czyby nie można było zastosować tuberkuliny przeciwko białaczce z tej wychodząc racyi, że tuberkulina musi w sobie zawierać chociaż część tych toksyn, które w gruźlicy prosówkowej wpływają na zmniejszenie się objawów białaczki. Quincke próbował tych wstrzykiwań w dawkach stopniowo rosnących od 1—60 mg. u 6-ciu chorych na białaczkę, ale wyniki istotnego znaczenia mieć nie mogą, gdyż jednocześnie podawano tym chorym arsen. *Z. Czaplicki.*

Docent Dr. Karplus (Wiedeń). **Rozpoznanie i leczenie migreny.** (*Klinisch-therapent. Wochenschrift* Nr. 5, 1903). Migrena jest po większej części cierpieniem dziedzicznem, odznaczającem się bólem głowy, występującym napadowo i okresowo przy współudziale pewnych objawów drugorzędnych, jak nudności, wymioty i inne wstępne zaburzenia, szczególniej naczynioruchowe. Zbliżający się napad przeczuwają chorzy po różnego rodzaju oznakach zwiastunowych, n. p. mroczkach, ciemnych płatkach, gwiazdkach, obłoczkach itd., okazujących się w polu widzenia, trwających od 10—20 minut, a przechodzących następnie w typowy zazwyczaj jednostronny ból głowy, utrzymujący się prawie w jednostajnem natężeniu, czem wybitnie się różni od neuralgicznego bólu głowy, występującego w krótko trwających napadach i nasileniach. Drugą ważną cechą rozpoznawczą jest okoliczność, że cierpiący na migrenę zupełnie odmiennie określają istotę bólu głowy przy ucisku na nerw nadoczodołowy i wreszcie prawie zawsze podczas napadu usuwają się do samotności i jak największego spokoju.

O leczeniu nie da się wiele powiedzieć, prócz ochraniania chorych od wszelakiego rodzaju wzruszeń nerwowych; z leków aptecznych można się jeszcze spodziewać dobrych wyników po przetworach bromu, oprócz tego nie źle działa z nowszych środków pyramidon (0·30) w połączeniu z kofeiną. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Ricek. **Wczesne rozpoznawanie raka macicy.** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 4, 1903). Mimo najdoszczętniejszych zabiegów operacyjnych odsetek śmiertelności z nawrotów raka macicy jest jeszcze olbrzymi. Przyczyny tego nie należy szukać w samej chorobie, lub w zabiegu operacyjnym, ale w okresie rozwoju raka, w którym się operacyę wykonuje. Jeżeliby operacya wykonywana była w samym początku choroby, wtenczas wyleczenie byłoby prawie w każdym przypadku zupełne. Zdaniem autora kobieta, która dłużej, jak 14 dni krwawi, powinna poddać się skrobance. Jeżeli badanie mikroskopowe skrobanki wykryje raka, natychmiast przystąpić do operacyi doszczętnej. *P.*

Dr. Borchand. **O leczeniu złamań.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 5). B. złamaną kończynę układa w szynie Volkmanna i przez pierwszych 12 dni robi tylko okłady wysychające, mięsi i wykonywuje bierne ruchy stawów. Dopiero po 12-tu dniach zakłada po należytem przystosowaniu odłamków, względnie w uśpieniu chloroformowem opatrunek ustalający gipsowy, lub na trykocie. Opatrunek ten leży około 14 dni, poczem autor rozpoczyna napowrót gimnastykę stawów i mięsienie. *Herman.*

Dr. v. Brunn. **O gruczołach chłonnych w ślinianikach podżuchwowych.** (*Archiv Langenbecka*, T. 69, Z. 3). Badając ślinianki, znalazł B. w paru przypadkach wpryśnięte w nie gruczoły chłonne, umiejscowione nie we właściwej tkance gruczołowej, lecz w przegrodzie łączno-tkankowej, dzielącej śliniankę na płaty. Ponieważ przy nowotworach warg, języka i t. d. gruczoły te mogą być zajęte, radzi B. w każdym przypadku wyłuszczać obie ślinianki podżuchwowe i to tem bardziej, że niema żadnych ujemnych objawów ani następstw z braku ślinianek. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Goldman. **Leczenie ichtyolem ran po oparzeniach.** (*Wiener med. Presse* 1903, Nr. 9). Mięszanina wody wapiennej z oliwą nie odpowiada swemu celowi z powodu rozkładu oliwy, przez co sprowadzić można zakażenie rany oparzelinowej. Nadawałby się do tego celu jodoform lub karbol, które działają przeciwgnilnie i znieczulająco, jednakże stosowanie tych środków jest połączone z niebezpieczeństwem zatrucia. Wszelkim wymaganiom odpowiada, zdaniem autora, ichtyol: jest środkiem przeciwgnilnym, działa z powodu swego wpływu na nerwy zwężające naczynia anemizująco i znieczulająco. Zatrucia nie należy się obawiać, gdyż można i 5 grm. stosować bez wywołania jakichś objawów ubocznych. W dwóch przypadkach rozległych ran po oparzeniach 2-go i 3-go stopnia stosował autor 5% maść ichtyolową z bardzo dobrym wynikiem; rany były po czterech tygodniach zagojone. Autor poleca bardzo gorąco stosowanie ichtyolu w tych przypadkach. *Dr. Żmigród.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 1 kwietnia 1903 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 66.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany — przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący oznajmia, że zapowiedziany Zjazd lekarzy austryackich w Wiedniu nie odbędzie się.

III. Kol. Prof. Edward Korczyński wygłosił odczyt: »O chorobie Kahlera«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Hirsch przypomniał analogiczny do podanego w odczycie przypadek, opisany przez Nothnagla i wyraził zdanie, że nazwa schorzenia imieniem Kahlera jest niewłaściwą.

Prócz tego zabierali głos w dyskusyi koll. Gertler, doc. Seńkowski, przewodniczący i prelegent.

IV. Kol. Latkowski demonstruje: 1) *M. S.*, liczącego lat 25, robotnika kopalni w Jaworznie, okazującego *ophtalmoplegiam progressivam.* Choroba ta zaczęła się przed 13 laty porażeniem powieki górnej prawej. W r. 1898 z powodu opadania tej powieki był operowany pierwszy raz w klinice okulistycznej w Krakowie, a w kilka miesięcy potem powtórnie. Od roku chory mówi mniej wyraźnie, a od kilku miesięcy doznaje suchości w gardle, skarży się na duszność i bóle głowy, występujące w okolicy czoła. Badanie wykazuje: opadanie górnej powieki oka prawego tak, iż szpara powiekowa wynosi zaledwie 3 mm. Ruchomość gałki ku górze zniesiona, ku skroni, ku dołowi i ku nosowi znacznie upośledzona tak, iż środek rogówki wykonuje ruchy zaledwie na $^1/_2$ mm. Na oku lewem szpara powiekowa wynosi 7 mm. Ruchomość gałki ku górze, ku wewnątrz i ku zewnątrz również upośledzona, ku dołowi utrzymana. Źrenice obie dobrze oddziaływują. Dno oka prawidłowe. W zakresie średniej i dolnej gałązki n. twarzowego ruchomość mięśni upośledzona, chory gwizdać nie jest w stanie, przy śmiechu tworzą się zaledwie drobne fałdy koło kątów ust. Wydzielanie śliny czasami nadmierne, częściej uczucie suchości w ustach i gardle. Wymawianie głosek zębowych utrudnione. Bark prawy chudszy, niżeli lewy. Mięsień kapturowy prawy również słabiej rozwinięty, aniżeli lewy. Ruchomość klatki piersiowej po stronie prawej upośledzona. Pobudliwość naczynioruchowa na skórze twarzy i tułowia wygórowana. Mamy więc do czynienia z porażeniem niezupełnem w zakresie nerwów: oko ruchowego i odwodzącego po obu stronach, dalej w zakresie n. twarzowego, podjęzykowego również po obu stronach i w zakresie n. dodatkowego Willizyusza, jak i nn. szyjnych po prawej stronie. Porażenia te mają charakter postępujący, lecz bardzo powolny. Podnieść zaś należy wysokiego stopnia opadnięcie powieki oka prawego, które prawie nigdy tak wysokiego stopnia nie osiąga przy porażeniu mięśni ocznych postępującem, jak też wyjątkowe zajęcie n. dodatkowego Willizyusza i n. szyjnych. Porażenie to wywołane jest przez zajęcie jąder tych nerwów na dnie komory IV-tej, za czem przemawia obustronność porażenia i brak zmian w czuciu jak i w sferze odżywczej, powolny rozwój porażeń i przejście ich na inne jądra nerwowe na dnie komory IV-tej i na jądra nerwów szyjnych.

2) Chorego *A. Ch.*, liczącego 30 lat, wyrobnika z Borzęcina z syringomyelią. U chorego, dziedzicznie nie obciążonego, wystąpiło przed 3-ma laty osłabienie kończyn górnych po urazie, mianowicie po spadnięciu bron na plecy. W kilka miesięcy później wystąpiło osłabienie kończyn dolnych, a wkrótce potem znaczne utrudnienie w chodzeniu i bóle w stawach. Badanie wykazuje zniesienie czucia i ciepłoty na barku prawym, upośledzenie na lewem do $^1/_3$ wysokości ramion, obok prawidłowego czucia dotyku; na kończynach zaś dolnych i górnych upośledzenie czucia ciepłoty przy zupełnie prawidłowem zachowaniu czucia dotyku. Zanik mięśni opuszki palca wielkiego i mięśni międzykostnych na obu kończynach górnych, jak również zanik mięśni naramiennych. Zgrubienie skóry na ostatnich falangach palców obu rąk. Tworzenie się pęcherzy i blizn z nadmiernem bujaniem tkanki łącznej na łokciach i na barkach. *Kyphoscoliosis thoracica sinistroversa.* Porażenie spastyczne kończyn górnych i dolnych ze sztywnością mięśni i wygórowaniem odruchów ścięgnistych. Zesztywnienie i upośledzenie ruchomości stawów barkowych i kolanowych, wraz z chrzęszczeniem w stawach przy ruchach. Mowa zacinająca się. Odczynu zwyrodnienia w mięśniach zanikłych brak. Odruch Babińskiego wyraźny na obu kończynach. Za syringomyelią przemawia tu: powolny przebieg choroby przy ciągłem postępowaniu jej, porażenie kończyn dolnych, zmiany

w stawach, zaniki mięśniowe na obrzękach, częściowe porażenie czucia, zmiany odżywcze, *kyphoscoliosis*, brak odczynu zwyrodnienia. Sprawa chorobowa zajęła nietylko szarą istotę rdzenia, lecz i białą, czego dowodzi spastyczne porażenie kończyn. Guz w rdzeniu i zapalenie wielokrotne nerwów da się z łatwością wykluczyć.

3) Chorego *A. K.*, liczącego l. 17, z rozpoznaniem *epilepsia idiopathica*. Chory, dziedzicznie nie obciążony, miewa od lat 4 napady kurczów drgawkowych z utratą przytomności, poprzedzane zawsze zawrotem głowy. Na 2 tygodnie przed przyjęciem chorego do kliniki napady powtarzały się kilkanaście do kilkadziesiąt razy na dobę, a chory był zupełnie nieprzytomny i pozostawał stale w *status epilepticus*. Badanie wykazywało, iż napady kurczów występowały tylko w prawej połowie ciała, przy końcu napadu przechodziły na kończynę dolną lewą. Utrata przytomności była zupełna. Źrenice nie oddziaływały na światło, moczu i kału nie oddawał pod siebie, również nie toczył piany z ust. Dno oka prawidłowe. Po 5 dniach trwania napadowych kurczów drgawkowych napady zupełnie ustąpiły i chory czuje się obecnie zupełnie zdrowym. W 3 tygodnie później wystąpiły raz drgawki w kończynie górnej prawej, a po kilku tygodniach pojawiły się zawroty i bóle głowy ze zwróceniem głowy na lewo, trwające kilkadziesiąt sekund, a powtarzające się codzień. W czasie wolnym od zawrotów głowy chory zachowywał się zupełnie prawidłowo.

Za padaczką przemawia młody wiek chorego, brak przebycia jakichkolwiek chorób (kiła), zupełnie prawidłowe zachowanie się chorego w czasie wolnym od napadów, brak trwałych porażeń i zmian w czuciu, brak ciągłych bólów głowy, brak tarczy zastoinowej. Na uwagę zaś zasługuje występowanie kurczów drgawkowych tylko w jednej połowie ciała.

4) Chorą *K. M.*, liczącą lat 30, z Hubenic, z *morbus Raynaudi*. Choroba zaczęła się na 3-cim palcu ręki prawej, gdy wśród objawów ropienia odpadła ostatnia falanga palca. Potem sprawa chorobowa przeszła na 4 i 5-ty palec ręki prawej, obecnie jest zajęty palec wielki. Przed rokiem cierpienie przeszło na rękę lewą, zaczynając się od palca wskazującego i przechodząc na resztę palców.

Badanie wykazuje zanik ostatnich falang na palcu wielkim ręki prawej i na 1. 4 i 5-tym ręki lewej, z zanikającymi i zgrubiałymi paznogciami. Na palcu 5-tym ręki prawej i 3-cim ręki lewej falanga 3-cia zanikła bez paznogcia. Na 3-cim i 4-tym ręki prawej brak ostatniej falangi, zaś na palcach wskazujących obu rąk brak obu ostatnich falang. Resztki falang są zgrubiałe. Na opuszce palca wielkiego zanik mięśni u obu rąk. Stopy sine, chłodne, paznogcie zgrubiałe, rowkowane. Pnie nerwowe są niebolesne, zmian w czuciu niema. *(Autoreferat)*.

W dyskusyi zabierali głos koll. prof Kader, Hirsch i Puzon.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VII. Z dziejów medycyny w Polsce*).

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

Pierwsze ślady medycyny w Polsce, jako sztuki leczenia chorób, kryją się w mroku, który poprzedził wszelki zawiązek życia społecznego i umysłowego śród plemion szczepu słowiańskiego. Leczenie chorób przez czarownice, baby stare, zażegnywania, zachuchiwania, zgoła całe lekarstwo magiczne ma początek zachodni, stanowiąc mieszaninę wyobrażeń starożytnych, nakręcanych do pojęć chrześcijańskich i z niemi ściśle zespolonych. Wątły nader jest domysł, oparty na opisie, podanym przez Kadłubka, iż otruci stryjowie Popiela popadali w sen, zachwiali się i na ziemię się powywracali, jakoby do ich zgładzenia użyto makowca. Cóżby jeszcze odszukać się dało z owej mrocznej przeszłości? Chyba najdawniejsza pieśń obrzędową, której początek zachował nam Bielski: „Śmierć wije się po płotu, szukając kłopotu“, dodając, „iż jeszcze za jego pamięci był ten zwyczaj po wsiach, iż na białą niedzielę po poście topili ludzie bałwan jeden (Marzannę), t. j. śmierć, ubrawszy snop konopi albo słomy w odzienie człowiecze, który wszystka wieś prowadziła, gdzie najbliżej było jakie jeziorko albo kałuża, tamże zebrawszy z niego odzienie człowiecze, wrzucili go do wody, śpiewając żartobliwie. „śmierć wije się po płotu, szukając kłopotu“. Potem najprędzej do tego miejsca bieżeli: „który albo która się tenczas powalił albo powaliła, wróżbę tę mieli, iż tego roku umrze“.

Więcej jeszcze dochowało się podań z czasów przedchrześcijańskich u Litwinów, nawróconych o wiele później do wiary chrześcijańskiej, jako to: że Wajdeloci, t. j. kapłani i lekarze zarazem, zaradzali chorobom popiołami, zbieranymi ze znicza, czyli ze świętego ognia.

Hieronim z Pragi, którego Władysław, król polski, posłał na Litwę dla rozszerzenia wiary chrześcijańskiej, opowiada o tychże Wajdelotach, że, pytani o radę, przystępowali do ognia w nocy, zrana zaś dawali odpowiedź, że widzieli przy święconym ogniu cień chorego, który, kiedy się ogrzał, pokazywał znaki śmierci albo życia; gdy chory miał żyć, twarz była obrócona do ognia; gdy stał do ogniska zwrócony tyłem, umrzeć miał niechybnie. Inny rodzaj wieszczków, zwanych „Pustones“, leczył rany zachuchiwaniem, a mocą słów tamował krwotoki z ran; „Scytones“ uzdrawiali obwieskami (amuletami), „Labdaryssy“ czarami.

Gdy kościół katolicki objął panowanie nad umysłami, zastąpił pogańskie zabobony obrzędami chrześcijańskimi. Święci i ich relikwie darzyły życiem i zdrowiem. Modlono się do św. Walentego dla zażegnania padaczki; do św. Apolonii w cierpieniach zębów; obrazy cudami słynące nadawały swojemu siedlisku moc uzdrawiającą.

Obrządek rzymski, a zarazem pierwsze zarody polsko-łacińskiej oświaty przynieśli do Polski przybyli z Dąbrówką księża czescy; Jordan, pierwszy biskup polski, nawracał Wielkopolan, św. Wojciech, czech, Krakowian. Zakładane następnie biskupstwa, opactwa i klasztory były pierwszemi gniazdami nowego prądu, ograniczonego zrazu tylko do stanu duchownego, gdyż szkoły pozaprowadzane przeznaczone były do kształcenia jedynie przyszłych księży. Aż do Bolesława Szczodrego nie było nawet biskupów rodem Polaków, lecz najwięcej cudzoziemcy, którzy albo sami wyuczali się po polsku, albo posługiwali się księżmi czeskimi. Pierwszym arcybiskupem gnieźnieńskim z Polaków był w r. 1027 mianowany Bossuta, herbu Wieniawa, pochodzenia czeskiego, lecz w Polsce urodzony. Bolesław Chrobry sprowadził Benedyktynów r. 1008 i 1009 i osadził w Sieciechowie na Łysej Górze i na Tyńcu; lecz niema dowodu, aby ten zakon tu krzewił naukę, albo pielęgnował sztukę lekarską, czem odznaczał się na zachodzie, bo podobno wówczas nie czynił już wogóle zadość temu pierwotnemu swojemu powołaniu, a w Polsce stawała jeszcze temu na przeszkodzie nieznajomość języka krajowego.

Wogóle przez napływ obcych tak do klasztorów, jak do miast i osad, język polski tak poszedł w poniewierkę, że biskupi w celu skutecznego nauczania brać go w obronę musieli.

Przy katedrach powstawały szkoły; najdawniejszą założył w Smogrowie na Szląsku biskup Urban I, rzymianin, za Bolesława Chrobrego, a przy końcu XI wieku musiały już być dosyć dobre szkoły, powiada M. Wiszniewski, (T. I str. 328), kiedy Laurentius, syn wieśniaka, został roku 1106 biskupem, a Jakób ze Żnina, syn włościanki, został r. 1118 arcybiskupem gnieźnieńskim. Jedną ze szkół, które się znacznie w krótkim czasie rozwinęły, była szkoła P. Maryi (Zakłady Uniwersyteckie w Krakowie. Kraków 1864, str. 3. 4) w Krakowie, powstała w wieku XIII z farnej dominikańskiej, założonej przy kościele św. Trójcy przez Iwona, biskupa krakowskiego w r. 1227, która skutkiem rozwoju swojego była poniekąd zawiązkiem i kolebką oświaty, a co do nauk filozoficznych nawet uzupełnieniem późniejszej szkoły głównej. W niej, według świadectwa Kołłątaja, miał uczyć słynny Vitellio. (Ciąg dalszy nastąpi).

*) Z obszernego rękopisu bł. p. J. Oettingera pod tyt. »Rys historyi medycyny powszechnej«, będącego własnością »Muzeum historycznego Wydziału lekarskiego Uniw. Jag.«, a łaskawie nam udzielonego przez prof. Walerego Jaworskiego, podajemy urywki, dotyczące dziejów medycyny w Polsce. Na tej drodze pragnęlibyśmy ocalić chociaż cząsteczkę wielkich rozmiarów rękopisu i złożyć hołd pamięci sumiennego badacza, głębokiego znawcy historyi medycyny powszechnej, wytwornego stylisty, męża tyle zasłużonego około polskiego słownictwa lekarskiego. (*Red.*).

VIII. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił
Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

II. Zakłady humanitarne i lecznicze.

A) *Szpitale.*

Z końcem r. 1898 było w Galicyi szpitali publicznych 28, zaś prywatnych 56, obejmujących razem 5,178 łóżek. Wykazem tym nie zostały objęte łóżka w klinikach obu uniwersytetów, gdyż c. k. Namiestnictwo nie otrzymało dotąd (do daty wydania Sprawozdania) wykazów o ruchu chorych w tych zakładach (!)

W roku 1899 szpital powiatowy husiatyński, otwarty w roku 1898, zamieniono na szpital publiczny. W końcu więc roku 1899 było szpitali publicznych 29; z liczby prywatnych ubył jeden (husiatyński), przybyło zaś trzy: w Gorlicach — powiatowy, w Drohobyczu — nowy szpital żydowski i mały szpital fabryczny w Rożniatowie, — było więc z końcem roku 1899 szpitali prywatnych 58, liczących 5,340 łóżek. Wypadało więc jedno łóżko szpitalne (tak w szpitalach publicznych, jak i prywatnych) na 1353 mieszkańców. Przypominamy, że nasza prowincya stoi pod tym względem najgorzej z całej monarchii, cośmy liczbowo wykazali w roku zeszłym. Gdyż nie mówiąc już o krajach, gdzie jedno łóżko wypada na 100 do 300 mieszkańców (Tryest, Tyrol, Austrya niższa itd.), nawet Dalmacya ma jedno łóżko na 1000 mieszkańców, a w Czechach, Morawie, Śląsku i t. d. wypada jedno łóżko przeciętnie na 700 mieszkańców.

Wyniki leczenia w szpitalach podali i w tym roku niektórzy lekarze w liczbach, nie wzbudzających zaufania. Podajemy tu więc tylko sumy zebrane, ze wszystkich szpitali z których w r. 1899 wyszło:

z publicznych:	wyleczonych .	41,155,	z prywatnych:	11,222
„	z polepszeniem .	6,177,	„ .	1,715
„	niewyleczonych	2,713,	„ .	658
„	zmarło zaś	3,813,	„ .	1,241

Liczby te tylko nieznacznie różnią się od liczb w roku 1898. Największą liczbę leczonych i wypuszczonych ze szpitali stanowili

chorzy na choroby weneryczne:	15·64%
Dalej — chorzy na choroby narządu oddechowego . .	10·92%
„ „ „ „ „ pokarmowego .	7·80%
„ „ cierpiący na gruźlicę i zołzy . . .	7·13%
„ „ „ „ rany	4·74%
„ „ na choroby zakaźne	4·35%

Chorzy weneryczni dostarczali zatem szpitalom największego kontyngentu. Zwłaszcza zaś w powiatach stanisławowskim, kosowskim i okolicznych szerzy się kiła od lat kilku. Wydelegowany do tych miejscowości krajowy referent sanitarny radzi, aby w celu zwalczania w tych okolicach chorób wenerycznych i kiłowych:

1) Powiększyć liczbę lekarzy okręgowych i to przedewszystkiem lekarzami, wykazującymi się praktyką w oddziałach syfilitycznych.

2) W miejscu zamieszkania lekarza utworzyć bezpłatne ambulatorya z lekami i t. d.

3) Lekarzy okręgowych wysyłać do różnych gmin, położonych w okolicy ich miejsca zamieszkania, w celu badania i leczenia chorych także po domach.

4) Założyć choćby tylko filialne szpitale w Kosowie i Nadwórnej.

5) Na kierowników tych zakładów wybierać lekarzy, posiadających dłuższą odpowiednią praktykę szpitalną.

Takie szpitale mogłyby być choćby tymczasowo (np. w barakach) pomieszczone i przyjmować także chorych na inne choroby.

„Rozstrzygnięcie co do tych wniosków nie nadeszło dotąd (do daty druku Sprawozdania) ani od Ministerstwa spraw wewn., ani od Wydziału krajowego“.

Jednak w r. 1902 zostało wreszcie delegowanych do tych powiatów paru lekarzy.

Koszta leczenia chorych małym tylko podlegly zmianom. Najtaniej kosztowało utrzymanie chorego przeciętnie dziennie w szpitalu w Lubaczowie (39·1 cnt.), w Żółkwi (42·2 cnt.) i t. d.; najdrożej w Bochni (69·8 cnt.). (Dzienny przeciętny koszt utrzymania chorego na klinikach uniwersyteckich obraca się około 3 koron).

B) *Zakłady dla obłąkanych.*

Opłakane stosunki, dotyczące braku pomieszczenia dla obłąkanych w Galicyi, pogarszają się z roku na rok coraz to bardziej w miarę przyrostu ludności i, co za tem idzie, przyrostu liczby obłąkanych, a niezmienionej od lat (w r. 1882 zmniejszonej przez zwinięcie zakładów w Przemyślu i Żółkwi o łącznych 15(łóżkach), liczby krajowych zakładów i łóżek w nich, a mianowicie w Kulparkowie 560 łóżek i w szpitalu św. Łazarza 115 łóżek, a w dwóch zakładach prywatnych 24 łóżek. To też w Galicyi przypada jedno łóżko dla obłąkanych na 9372 mieszkańców (w całej Austryi na 1943).

W Galicyi 72·8% obłąkanych jest bez pomieszczenia, a więc i bez opieki; zaś w całej Austryi tylko 46·5%. Oba też zakłady krajowe są stale przepełnione; w Kulparkowie jest miejsce na 560 chorych, a tymczasem z końcem r. 1898 było chorych 706, z końcem r. 1899 nawet 729. W Krakowie jest miejsce na 115 chorych, było zaś z końcem r. 1898 aż 133 chorych, z końcem 1899 r. 129 chorych. A świeżo napływających chorych jest tak wielu, że z konieczności wypuszcza się chorych zawcześnie, zupełnie nie wyleczonych. Jest to wprost upokorzeniem, ale i ciężkiem nieszczęściem Galicyi, o czem kronika kryminalna i ogniowa dowodnie przekonywa.

Na jedną jeszcze okoliczność zwrócić musimy uwagę, t. j. na znaczny odsetek izraelitów, pomieszczonych w naszych zakładach (w Kulparkowie 19·4%, w Krakowie 18·3% wszystkich chorych), choć odsetkowy stosunek liczby umysłowo chorych izraelitów do chrześcian jest wogóle mniejszy. Z tego wynika, że izraelici oddają swych obłąkanych o wiele częściej do zakładów, aniżeli chrześcianie, bo umieją lepiej ocenić dobrodziejstwo pomieszczania takich chorych w zamkniętym Zakładzie leczniczym, tak samo, jak rozumieją też lepiej potrzebę leczenia swych chorych wogóle i dlatego daleko częściej wzywają pomocy lekarskiej, niż ludność wiejska chrześciańska.

Wyniki leczenia w Zakładach naszych są dobre, skoro na 2031 chorych, leczonych w ciągu r. 1902 w obu zakładach, wypuszczono wyleczonych 362, t. j. około 18%. Z braku miejsca musiano wypuścić prawie dwa razy tyle, t. j. 539 chorych, niewyleczonych zmarło zaś 258 chorych.

Sprawozdanie zawiera wreszcie, jak corocznie, liczne tablice, dotyczące wieku, zajęcia, pochodzenia chorych, rodzajów choroby, ich przyczyn itd.

C) *Zakłady położnic.*

Z powodu utworzenia Wydziału lekarskiego przy Uniwersytecie lwowskim urządzono tamże nową klinikę położniczo-ginekologiczną, będącą w połączeniu ze szkołą położnych z 51 łóżkami i oddziałem szpitalnym dla chorób kobiecych. Natomiast szkoła akuszerek w Krakowie ma tylko 30 łóżek, na których przeciętnie przebywa dziennie 42·9 matek! Gdybyż przynajmniej sale tego lokalu były widne, obszerne, dobrze przewietrzane. Lecz są to maleńkie, nizkie, sklepione celki klasztorne, każda o jednem malem okienku i jednych małych jednoskrzydłowych drzwiach. Działalność dydaktyczna i lekarska personalu lekarskiego jest naturalnie w tych warunkach szalenie trudną, warunki dla chorych nadzwyczaj przykre. Mimo to wyniki dobre, jak świadczy Sprawozdanie. Ile jednak te wyniki wymagają wysiłków, zupełnie zbytecznych w dobrze urządzonych zakładach, o tem tylko naocznie przekonać się można

We Lwowie na 51 łóżkach było przeciętnie 32 matek; w Krakowie na 30 przeciętnie 42·9 matek. We Lwowie odbyło się porodów 737, w Krakowie 625. Z ogólnej liczby dni leczenia we Lwowie (11,656) wypada na jedną położnicę 13·7 dni, w Krakowie (15,668), średnio 16·4 dni. Koszt dzienny jednej położnicy we Lwowie 2 K. 18 gr., w Krakowie 1 K. 64 gr.

Rozdziały następne ze stanowiska higieniczno-lekarskiego mniej ważne, a dla spostrzeżeń ogólno-społecznych zbyt lakoniczne i niedokładne pomijamy. Należą tu ustępy o zdrojowiskach, domach zaopatrzenia, domach ubogich i podrzutkach.

III. Ułomni.

a) Obłąkanych, nie pomieszczonych, wykazano z końcem r. 1899 tylko 2659.

Na 100,000 mieszkańców przypada w całej monarchii 72 obłąkanych, w Galicyi tylko 40 (!?)

b) Matołków w r. 1899 wykazano 3847, z których tylko jeden był umieszczony w zakładzie zaopatrzenia. Najwięcej matołków wykazały powiaty górskie Galicyi zachodniej.

c) Głuchoniemych wykazały tesame powiaty również najwięcej. W całej Galicyi było ich z końcem 1899 r. 10.731, t. j. 161 na 100.000 mieszkańców.

d) Ciemnych wykazano w Galicyi z końcem 1899 r. 4810. I pod tym względem zajmuje Galicya ze wszystkich krajów monarchii drugie najniekorzystniejsze miejsce. Z wywodów dalszych Sprawozdania zdaje się wynikać, że największa liczba tych nieszczęśli-

wych ociemniała wkrótce po urodzeniu (*blenorrhoea neonatorum* Patrz „Przegl. lek.“ Nr. 1, z r. 1903).

e) Nałogowych pijaków wykazano w Galicyi z końcem 1899 roku 5464, (o 379 mniej, niż w roku zeszłym). Czy jednak można polegać na tych wykazach, jeśli np. Kraków wykazał 506, a Lwów tylko 58? Tem wątpliwsze są naturalnie liczby z powiatów.

IV. Szczepienie ospy i zakłady produkcyi krowianki.

Liczba dzieci, obowiązanych do szczepienia, wynosiła w 1899 roku 263.585; z tych zaszczepiono ze skutkiem pomyślnym 212.591 (80.6%), bez skutku 9863 (3·7%), ze skutkiem nieznanym zaś 16.185 (6·1%). Wreszcie 24.944 (9·5%) pozostało nieszczepionych. I znowu należy wyrazić wątpliwość, ażali liczby te są prawdziwe. Samo Sprawozdanie podnosi poważne wątpliwości co do liczb wykazanych ze Lwowa i Krakowa. I tak, we Lwowie miało pozostać nieszczepionych 46·9% obowiązanych do szczepienia, w Krakowie aż 58·2%. Wysokość tych liczb tłómaczy może ta okoliczność, że zamożniejsza ludność obu stolic wzywa do szczepienia swych dzieci lekarza domowego. Władza miejska zaś może mieć wiadomość o szczepieniu tylko tych dzieci, które zostały zaszczepione przez lekarzy miejskich darmo. Inaczej rzecz się ma na prowincyi. Tu liczba rodzin zamożniejszych, starających się własnym kosztem o szczepienie swych dzieci, znacznie jest mniejszą, to też liczby obowiązanych do szczepienia, a nieszczepionych, na pewne więcej zbliżają się do prawdy, a są także dość znaczne. Dzieci takich wykazały powiaty: podhajecki 22·8%, sądecki 20·8%, rzeszowski 18·8%, stryjski 16·7%, gródecki 16·3%, tarnowski 16·1% itd.

W roku 1899 rewakcynowano w całym kraju 215.472 osób i to 164.070, tj. 76·1%, ze skutkiem dobrym, 30.630 bez skutku, a 20.722 ze skutkiem niewiadomym. Szczepienia z konieczności dokonano u 10.791 osób i to u 9349 ze skutkiem dobrym. Dzieci szkolnych wcale, albo bez skutku szczepionych, zaszczepiono w 1899 roku 9325 i to 8335 z dobrym skutkiem.

Koszta szczepienia wyniosły w roku 1899 w całym kraju 140.863 koron; średnio więc wypada na jedno szczepienie 26 groszy.

Zakładów wyrobu krowianki było 3 we Lwowie, a jeden w Lisku, z których każdy około 100.000 jednostek szczepienia w porcyach wydał. Według Sprawozdań c. k. lekarzy urzędowych wahają się wykazane odsetki przyjęcia się szczepienia krowianką z tych zakładów między 93·1%, a 97·6%; wyniki więc są prawie jednakowe. (Ciąg dalszy nastąpi).

† Władysław Ściborowski.

doktor medycyny, b. prezes i członek honorowy Towarzystwa lekar. krakowskiego, członek Towarzystw lekarskich: w Wilnie, Kamieńcu, Warszawie, Lwowie; członek nadzwyczajny Akademii Umiejętności w Krakowie; b. prezes Towarzystwa dobroczynności i radca Arcybractwa miłosierdzia w Krakowie i t. d. — zakończył życie w Krakowie d. 26 kwietnia, licząc lat 70.

Ś. p. Dr. Władysław Ściborowski przyszedł na świat w Krakowie r. 1833; nauki średnie odbył w gimnazyum św. Anny; w r. 1848 wstąpił na Wydział filozoficzny Uniw. Jagiell., lecz po dwóch latach przeniósł się na Wydział lekarski, który ukończył r. 1856 ze stopniem doktora medycyny i chirurgii, poczem zamieszkał w Wilanowie, gdzie objął obowiązki lekarza szpitala św. Aleksandra. W r. 1864, w którym zamknięto szpital wilanowski, przeniósł się do Krakowa, w którym żył, działał i dokonał zasłużonego żywota. W r. 1865 mianowany został lekarzem przysięgłym przy sądach krakowskich. Po śmierci Dr. Trembeckiego objął obowiązki lekarza zdrojowego w Szczawnicy i do rozwoju tego zakładu nie szczędził sił; podupadające zdrowie zniewoliło ś. p. Ściborowskiego do opuszczenia tego stanowiska. Od r. 1880 przewodniczył Komisyi balneologicznej Tow. lekar. krakowskiego. Na polu filantropii naszego miasta był wielce czynnym i bardzo zasłużonym, jako prezes Towarz. dobroczynności i radca Arcybractwa miłosierdzia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie, którego zmarły kolega był członkiem założycielem, zawdzięcza Mu swoją organizacyę, którą, jako sekretarz stały w ciągu 11 początkowych lat, przeprowadził i postawił na podstawach, niezmiennie trwających do dnia dzisiejszego. Po złożeniu czynności sekretarza stałego wybrany został na wiceprezesa, w roku 1879 na prezesa, a w 1880 na przewodniczącego Komisyi balneologicznej. Uznając niespożyte zasługi śp. Ściborowskiego dla swego bytu i rozwoju, Towarzystwo lek. krak. mianowało go członkiem honorowym.

Wysoce i wszechstronnie wykształcony, rozmiłowany w pracy i skutecznie pracujący, pozostawił śp. Ściborowski bogaty dorobek literacki, 78 rozpraw różnej treści z zakresu medycyny. Zdrojowiska polskie we wczesnym okresie swego rozwoju zawdzięczają Zmarłemu ścisły naukowy opis i oznajomienie szerokiego ogółu o krajowych zakładach leczniczych, o wartości mineralnej zdrojów, klimacie, urządzeniach i t. d.

Zmarł mąż sędziwy, świadek wielu przeobrażeń społecznych i naukowych, wzór pracy i wytrwałości, zasłużony filantrop, lekarz o szerszym zakresie działania. Usiłowanie naśladowania tego wzoru lekarza-obywatela, kroczenie po drodze pracy obywatelskiej i zawodowej, którą On szedł, to jedyne, lecz godne Zmarłego uczczenie niespożytej pamięci zasłużonego i wysoce cenionego Kolegi.

Dr. A. Kwaśnicki.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30. kwietnia.

Towarzystwo lekar. krak. odbyło d. wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem, po przedstawieniu chorego przez kol. Dr. Spirę, odbył się odczyt kol. Dr. Biera: »O najnowszych sposobach oczyszczania wody kanałowej ze szczególnem uwzględnieniem metod biologicznych«.

* Redakcyę „Przeglądu zdrojowego“ objął Dr. Zygmunt Wąsowicz.

* D. 4 maja odbędzie się we Lwowie Zjazd delegatów galicyjskich Towarzystw lekarskich. Celem Zjazdu będą obrady i uchwały, zmierzające do poprawy bytu wdów i sierót po lekarzach.

* Dziś w Warszawie kończy obrady Zjazd zwołany przez miejscowe Towarzystwo higieniczne, w celu przedyskutowania, powzięcia uchwał i postanowień, zmierzających do poprawy stosunków higienicznych w miastach i wsiach Królestwa polskiego. Zjazd trwał 4 dni. Program podpisali: Dr. J. Polak i Dr. Palmirski. Prócz odczytów, których zapowiedziano 52, odbyło się kilka posiedzeń ogólnych w celu sformułowania wniosków. Tematy odczytów i wnioski dotyczyły pierwszorzędnych zagadnień asanizacyi kraju.

Ze Zjazdem połączoną była Wystawa higieniczno-dydaktyczna.

* XIV-ty międzynarodowy Kongres lekarski rozpoczął się d. 23 b. m. w Madrycie pod przewodnictwem p. Silveli, prezydenta ministrów. Przybyło członków do 7,000.

Na kilka dni przed rozpoczęciem się Kongresu w Madrycie (19—21 b. m.) odbył się międzynarodowy Kongres talasoterapii. Obrady ukończono na trzech posiedzeniach, na których przewodniczyli: Robin, Winternitz i Casse. Przyszły Kongres odbędzie się za trzy lata w Abbazyi.

* Wydział krajowy mianował dyrektorami szpitali powszechnych: Dra Tadeusza Fechtera w Jarosławiu i Dra Bolesława Gierzabka w Husiatynie.

* Kierownictwo oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Braci miłosierdzia w Krakowie objął Dr. Józef Rożecki.

* W oddziale ocznym szpitala powszechnego w Rzeszowie (16 łóżek) leczono w r. 1902 chorych stałych 314, przychodnich 1253. Większych operacyi wykonano 56. Oddział ten znajduje się pod kierunkiem Dra Zagórskiego.

* Rak w Anglii staje się z roku na rok częstszym: w ostatnich 36 latach z 2,7‰ podskoczył odsetek na 6,5‰, a w niektórych hrabstwach dosięgnął 9‰.

* VII-my międzynarodowy Kongres otologów odbędzie się w Bordeaux między 1 a 4 sierpnia 1904 r. W sprawach tego Kongresu należy adresować listy do sekretarza jeneralnego Dra Lermoyez (Paryż, 20 *bis*, r. de la Boëtie).

* Prof. Flügge z Wrocławia nie przyjął posady profesora higieny w Wiedniu. Z tego powodu minister Hartel zamianował zastępczo na letnie półrocze prof. nadzwyczajnego Schattenfroha do wykładów higieny i kierownictwa prac w zakładzie higienicznym. P. Minister ma przekonanie, że wybudowanie i urządzenie nowego zakładu

higieny w Wiedniu, które ma być ukończone w r. 1904, zdecyduje prof. Flüggego do objęcia tego stanowiska.

* Na posiedzeniu paryskiej Akademii lekarskiej Dr. Parmentier zdawał sprawę ze swoich badań nad kryoskopią mleka, jako z sposobu wykazania domieszki wody do mleka. Z doświadczeń Wintera (1895) już było wiadomo, że mleko zamarza przy —0,55 C., a właściwie między —0,54° a —0,57 C. Mleko, które zamarza przy wyższej lub niższej ciepłocie od stopni wyżej przytoczonych, zawiera na pewno przymieszkę.

* Między 8 a 14 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego: w m. Lwowie 1 przypadek; w powiatach: brzeskim (2 gm.), czortowskim (1 gm), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), grodeckim (1 gm.), horodeńskim (2 g.), husiatyńskim (1 g.). jarosławskim (1 g.), myślenickim (3 g.), nadworniańskim (1 g.), niskim (2 g.), peczeniżyńskim (2 g.), przemyślańskim (1 g.),przeworskim (2 g.), rawskim (1 g.), rudeckim (1 gm.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (5 g.), trembowelskim (2 gm.), złoczowskim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XIV (5—11—IV). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 151. zmarło osób 44, a mianowicie: z gruźlicy 6 (1 zam.), z zapalenia płuc 6, z krzuśćca 2, z płonicy 4 (2 zam.), z cholery niemowląt 1.

Nekrologia. Dr. Franciszek Czapla, zasłużony lekarz, zmarł w Chełmnie. — Dr. Wład. Jasiński zmarł we Lwowie, w 76 r. życia. (Życiorys podamy w następnym Nrze).

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 4. Witkowski: Stan lecznictwa wśród ludu z okolic Krzepic. Brzozowski: Kilka uwag krytycznych o praktyce lekarskiej wśród ludu wiejskiego Pełczyński: W sprawie walki z ospą. Lidmanowski: Kilka słów o leczeniu niedrożności jelit więcej niż najwyższemi dawkami atropiny. Arnstein: Kilka uwag o kąpielach nasyconych kwasem węglowym (gazowych) przy chorobach serca i naczyń. Rozenfeld: W sprawie leczenia polucyj. Rosenfeld: Przypadek duru brzusznego o przebiegu bezgorączkowym. Rząd: Przypadek srebrzycy (Argyria).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 1. Narłowski: Światło i jego działanie lecznicze. Wąsowicz Wieliczka — miejscem kąpielowem.

— *Medycyna* Nr. 16 Majkowski: O wysypkach skórnych swędzących wieku dziecięcego. Mintz: O leczeniu kamicy żółciowej (ciąg dalszy).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 2. Krakowski: Nowe leki. zalecane do celów dentystycznych (dok.). Nr. 3. Zieliński: Kilka słów z historyi zębów sztucznych.

— *Przegląd higieniczny* Nr 4 Sprawozdanie fizykatu m. Lwowa z oględzin lekarskich w szkołach miejskich, przeprowadzonych w roku szkolnym 1899—1900. 2) Wychowanie fizyczne młodzieży szkół ludowych we Lwowie i starania około jej do ra cielesnego (dok).

— *Gazeta lekarska* Nr. 16. Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka. Koenigstein: O wartości leczniczej adrenaliny w cierpieniach nosa gardła i krtani. Saks: O śródmacicznem stosowaniu balonów gumowych w położnictwie.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 16. Merhaut: O výživě nemluvňat škrobovinami vůbec a moučkami dětskými zvláště (dok.). Cisler: K pathologii laryngealních poruch u paralysis agitans. (dok). Slavik: Vražda udušením z utopení či smrt přirozená?

— *La Presse medicale* Nr. 31. Desfosses i Martinet: O lawatywach.

— Nr. 32 Luys: Leczenie i rozpoznanie uretroskopijne przewlekłych zapaleń cewki moczowej. Letulle: Autopsia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 16. Brieger i Diesselhorst: Badanie trucizn używanych do strzał w niemieckiej wschodniej Afryce. Huber: O niektórych zjawiskach przy leczeniu zapalenia płuc. Liepelt: Mesotan, zewnętrzny lek przeciwgośćcowy. Cohn: Czy można zastąpić kateteryzowanie moczowodów segregatorem moczu? Salzwedel: Zadania lekarzy w zreformowaniu opieki nad chorymi (c. d.). Sukiennikow: Anatomia topograficzna tchawiczych i oskrzelowych gruczołów chłonnych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 17. Pick: Żółtaczka dziedziczna. Weiss: Otyłość bolesna (Choroba Dercuma). Holub: Przypadek tężca głowy z porażeniem nerwu podjęzykowego, wyleczony wlewaniami pod oponę twardą antytoksyny Behringa. Hibler: Opadnięcie torbielowato rozszerzonego przez pęcherz i cewkę moczowodu do sromu u dziewczynki 6-tygodniowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 16. Zangenmeister i Meissl: Porównawcze badania krwi matki, dziecka i wody płodowej, oraz uwagi nad moczem płodu. Schenk: Leczenie krwisteku przy ciąży zamacicznej. Holzapfel: Wyjaławianie materyału opatrunkowego w małej ilości. Galli: Uderzenie serca i koniuszka serca w niedomykalności zastawek aorty. Rautenberg: Spostrzeżenia nad zmianami we krwi po wycięciu śledziony. Hösslin: Dwa przypadki niedokrewności złośliwej. Wolf: O przewietrzaniu. Gossner: Prawidła do przyrządzania mięszanin o rozmaitem stężeniu. Berka: Otrucie dwuchromanem potasowym: Kantorowicz Nowa strzykawka do parafiny. Bruns: Niebezpieczeństwo zakażenia się tęgoryjcem dwunastnicy w kopalniach. Kronenberg: Leczenie gruźlicy krtani (dok.)

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 17. Körte: Przypadek zaczopowania nerwu twarzowego i podjęzykowego. Beckmann: Czy należy użyć poprzedniego ogrzewania w sterylizatorze parowym? Koreck: Technika barwienia pasorzyta zimnicy. Oberwarth: Pierwotne zgorzelinowe zapalenie gardła u dziecka.

Redakcya otrzymała. Popielski: Fizjołogiczeskija osnowanija racijonalnoj raskładki piszczewaho dowolstwija. Stołyhwo: Czaszka z Gadomki. Dr. Presch: Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. Zeszyt VI. Nakład A. Stubera w Würzburgu. — Trzydzieste Sprawozdanie Towarz. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1902. Borzęcki: Rzeżączka u mężczyzny a pozwolenie żenienia się.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 6 maja, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Dr. Bochenek będzie miał wykład na temat: „Jak rozwinęło się uzębienie ludzkie?“

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Główny skład dla Galicyi i Bukowiny:
Pomiędzy naturalnemi wodami szczawowemi zajmuje
Woda
Krondorfska
alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelne miejsce.
Perlberger Schenker Kraków, Grodzka 48.

Fizykalno-dyetetyczna
Lecznica Dra A. Tarnawskiego
w KOSOWIE (*za Kołomyją*) st. kol. Zabłotów,
otwarta od 1 maja do końca października.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.
Woda
Krościeńska
ze zdroju Stefana
o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.
Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

L. 751. **Konkurs.**

Wydział Rady powiatowej w Żydaczowie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Nowemsiole** z płacą roczną 1.000 Kor. i ryczałtem na podróże służbowe 600 Kor. rocznie.

Okręg sanitarny w Nowymsiole obejmuje gminy: Nowesioło, Obłażnica, Żyrawa, Izydorówka, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Ruda, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza i Smuchów, z ludnością 13.471 dusz.

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać mają: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora wszech nauk lekarskich uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej; 3) nieskazitelny charakter; 4) znajomość języków krajowych; 5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu lekarskiego, lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Żydaczowie najdalej do dnia **31 maja 1903.**

Żydaczów, 31 marca 1903.

Od połowy maja do końca września będę ordynował jak dawniej, w c. k. Zakładzie wodoleczniczym **w Krynicy.**

Do 15 maja prowadzę osobiście „Therapia-Palace" i pozostawiam go otwartym na lato dla kąpieli morskich.

Dr. Henryk Ebers,

kierownik c. k. zakładu hydrop. w Krynicy i właściciel zakładu leczniczego „Therapia-Palace" w Cirkvenicy pod Fiume.

TRUSKAWIEC

Zakład zdrojowo-kąpielowy

oraz stacya klimatyczna.

Ostatnia stacya kolejowa Drohobycz.

Położony w kotlinie na wysokości 1200 stóp, posiada kąpiele: słone, słono-siarczane, borowinowo-żelaziste elektryczne. Źródła słono-gorzkie do picia oraz szczawę alkaliczną.

Urządzenia kąpielowe pierwszorzędne: Wanny porcelanowe, marmurowe, metalowe i drewniane.

Zakład inhalacyjny systemu Wassmutha. Leczenie elektrycznością, massagem, kuracya żętyczna i mleczna.

Mieszkania wzorowo urządzone.

Sala balowa i teatralna. Lawntennis. Kręgielnia. Czytelnia. Kasyno. Własna orkiestra.

Apteka, poczta i telegraf w miejscu. Kościółek katolicki i cerkiew ruska.

Dwie restauracye zakładowe pierwszorzędne.

Sezon od 15 Maja do końca Września.

W ubiegłym sezonie ordynowali lekarze: **Dr. Pelczar,** Radca cesarski, **Dr. Krzyżanowski, Dr. Praschil, Dr. Frey, Dr. Mindes.**

Zarząd wysyła na żądanie wyczerpującą broszurę.

Dyrekcya Zakładu sierót i ubogich Fundacyi hr. Stan. Skarbka w Drohowyżu p. Mikołajów nad Dniestrem ogłasza konkurs na posadę lekarza Zakładu.

Pobory wynoszą 2.000 koron rocznej płacy, pomieszkanie z opałem, trzy pięciolecia w wysokości 10% pobieranej płacy i prawo do emerytury w razie stabilizacyi.

Podania należycie dokumentowane nadsyłać należy do 10 maja na ręce Dyrekcyi Zakładu. W Drohowyżu 16 kwietnia 1903. *Schmid.*

Czeski lekarz

Dr. ARTUR HAMÁČEK

ordynuje od 15. Maja

w Johannisbadzie (Czeski Gastein) Czechy.

Kraków, Radziwiłłowska 29.

ZAKŁAD ROENTGENOWSKI

Zaopatrzony we wszelkie najnowsze przyrządy do wytwarzania promieni Roentgena.

Dr. ARTUR FROMER.

Sekundaryusz oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza. ord. od godz. 2—4 popołudniu.

Dr. TADEUSZ PRASCHIL

b. Asystent Uniw. lwow. i sekundaryusz kraj. szpitala pow. we Lwowie

ordynuje

jak w latach ubiegłych w sezonie b. r. jako lekarz zakładowy

w Truskawcu.

Dr. Michał Śliwiński

ordynuje **w KARLSBADZIE**

Mühllbrunnstrasse »König von Preussen«.

MEDAL ZŁOTY na Wystawie paryskiej 1900 r.

NEWRALGIE BOLE GŁOWY, NEURASTENIE, HYSTERYE i WSZELKIE choroby NERWOWE ustępują niezwłocznie po użyciu **PIGUŁEK ANTINEWRALGICZNYCH** Dra **CRONIER** 75. rue de la Boëtie, Paris WYMAGAĆ prawdziwych z pieczątką ZWIĄZKU FABRYKANTÓW. — Cena 3 franki za pudełko.

Panom Doktorom przesyła p. Cronier pudełko na próbkę bezpłatnie i franco

Radca san. Dr. F. Chłapowski

ordynuje jak innych lat

w KISSINGEN.

Potrzebujących specyalnej dyety przyjmuje do swej prywatnej kliniki, tamże, *Prinzregenten str. 1.*

Sanatogen

Znakomity przetwór wzmacniający.

Znakomity tonicum.

Nie drażni.

Próbki i literaturę wysyła PP. lekarzom na żądanie skład główny: **Aptekarz C. Brady Wien I/1, Fleischmarkt 1.**